

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Informovanost pedagogických asistentů o problematice týraných,  
zneužívaných a zanedbávaných dětí

Knowledge of Teacher Assistants about Issues of Mistreated, Abused and  
Neglected Children

Theodore Brzáků

Vedoucí práce: PaedDr. Eva Marádová, CSc.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: B SPPG

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Informovanost pedagogických asistentů o problematice týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí potvrzuji, že jsem ji vypracoval pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

18. dubna 2018 v Praze

Rád bych poděkoval PaedDr. Evě Marádové, CSc. za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování bakalářské práce. Mé poděkování patří též všem pedagogickým asistentům, kteří spolupracovali při získávání údajů pro výzkumnou část práce, a vedení škol za zprostředkování žádosti o spolupráci.

## **ABSTRAKT**

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat informovanost pedagogických asistentů o problematice týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí a zjistit, jaké znalosti mají asistenti v jednotlivých oblastech této problematiky. Práce je propojením dvou velkých témat, která mají úzkou spojitost: syndrom CAN a pedagogičtí asistenti. Teoretická část práce spočívá v analýze dostupné literatury a vyvozování kompetencí pedagogických asistentů v oblastech, ve kterých nejsou zatím pevně stanoveny. Kvantitativní výzkum realizovaný v rámci praktické části práce prostřednictvím elektronických dotazníků přináší konkrétní hodnoty procentuální úspěšnosti v jednotlivých oblastech: Syndrom CAN a jeho formy; Rizikové faktory syndromu CAN; Příznaky výskytu syndromu CAN; Krizová intervence při výskytu syndromu CAN. Tyto oblasti odpovídají výzkumným otázkám, které vychází z výzkumného cíle. Respondenty výzkumu bylo 120 pedagogických asistentů působících na základních školách celé České republiky. Práce poskytuje statistické zhodnocení vyplývající z výsledků znalostní části dotazníku. Tyto výsledky odpovídají úspěšnosti jednotlivých asistentů dosažené při vyplňování znalostního testu, která byla v průměru méně než šedesátiprocentní. Úspěšnost v jednotlivých oblastech udává míru znalostí v těchto oblastech. Tyto znalosti můžeme dále zhodnotit podle jejich dostatečnosti při dosažení hranice 70 % úspěšnosti. Dostatečné znalosti prokázali asistenti v oblastech zabývajících se krizovou intervencí a rizikovými faktory. Naopak nedostatečné znalosti asistentů se projevily v oblastech věnujících se syndromu CAN obecně a jeho formám a příznakům jeho výskytu, u kterých byly znalosti výrazně nejslabší.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

žák se speciálními vzdělávacími potřebami, syndrom CAN, asistent pedagoga na základní škole, krizová intervence, inkluze

## **ABSTRACT**

The aim of this work is to map the knowledge of teacher assistants about the issues of child abuse and neglect and to find out, how are they informed of single parts of this problematics. The work connects two big topics, which have very close relation: child abuse and neglect and teacher assistants. The theoretical part of the work is based on analysis of available literature and on inferring teacher assistant's competences in topics, in which they are not undoubtedly established yet. Quantitative research, which was realised as part of the practical part of the work through electronic questionnaires, brings specific values of percentage success in individual parts of the problematics: Child abuse and neglect and it's forms; Risk factors of child abuse and neglect; Symptoms of child abuse and neglect; Crisis intervention in case of presence of child abuse and neglect. Those parts correspond to research questions, which are based on research aim. Respondents of the research were 120 teacher assistants, who work at elementary school throughout the Czech Republic. The work provides statistic evaluations, which are derived from results of the knowledge part of the questionnaire. Those results represents the success rate of individual assistants achieved in this part of the questionnaire, which was on average less than sixty percent. The success rate in individual parts indicates a degree of knowledge in those parts. This knowledge can be evaluated according to sufficiency, which we talk about, when the success rate achieve the boundary of 70 %. Assistants showed sufficient knowledge in parts focused on crisis intervention and risk factors of child abuse and neglect. On the contrary, insufficient knowledge was showed in parts focused on child abuse and neglect and it's forms and symptoms of child abuse and neglect, in which was knowledge significantly weakest.

## **KEYWORDS**

students with special needs, child abuse and neglect, teacher assistants on elementary school, crisis intervention, inclusion

## Obsah

Úvod .....	7
1 Syndrom CAN.....	9
1.1 Definice syndromu CAN .....	9
1.2 Formy a projevy syndromu CAN .....	10
1.2.1 Tělesné týrání .....	11
1.2.2 Zanedbávání .....	12
1.2.3 Psychické týrání .....	14
1.2.4 Sexuální zneužívání .....	15
1.2.5 Šikana.....	18
1.2.6 Zvláštní formy syndromu CAN .....	19
1.3 Rizikové faktory syndromu CAN .....	20
1.4 Prevence syndromu CAN .....	24
1.5 Detekce syndromu CAN .....	25
1.6 Úloha školy při odhalování syndromu CAN .....	28
2 Asistent pedagoga .....	33
2.1 Historie profese.....	35
2.2 Náplň práce .....	36
2.3 Kvalifikační a osobnostní předpoklady .....	38
2.4 Kvalifikační kurzy .....	39
3 Cíl práce a výzkumné otázky .....	42
3.1 Cíl práce .....	42
3.2 Výzkumné otázky .....	42
4 Metodologie a výzkumný soubor.....	43
4.1 Metodologie .....	43

4.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	44
5	Výsledky výzkumného šetření .....	45
5.1	Identifikační otázky .....	45
5.2	Zkušenosti a subjektivní hodnocení.....	48
5.3	Výsledky znalostního testu .....	51
5.3.1	Syndrom CAN a jeho formy .....	51
5.3.2	Rizikové faktory syndromu CAN .....	56
5.3.3	Příznaky výskytu syndromu CAN .....	59
5.3.4	Krizová intervence při výskytu syndromu CAN.....	65
5.4	Shrnutí výsledků znalostního testu v kontextu výzkumných otázek .....	70
	Závěr .....	76
	Seznam použitých informačních zdrojů .....	78
	Seznam příloh .....	81

## Úvod

Tématem této bakalářské práce je informovanost pedagogických asistentů o problematice týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí (syndromu CAN) na základních školách. Jedná se tak o spojení dvou velkých oblastí: pedagogických asistentů a samotné problematiky syndromu CAN. Toto téma jsem zvolil, protože jsem zjistil, že na přípravu v oblasti problematiky syndromu CAN není u pedagogických asistentů kladen příliš velký důraz a neexistují pro ně ani žádné další vzdělávací kurzy zaměřené tímto směrem. Zároveň však vzhledem k jejich blízkému vztahu s žáky mohou hrát velice důležitou roli při odhalování syndromu CAN a je potřeba věnovat této přípravě odpovídající pozornost. Téma je aktuální zejména vzhledem k dnešním silným inkluzivním snahám a vzhledem k nárůstu počtu pedagogických asistentů ve školách. Zároveň v rámci rešerše nebyla nalezena žádná studie či výzkum, který by se v našem prostředí touto problematikou již zabýval, a je to tedy téma neprozkoumané, ale velmi důležité.

Cílem práce je zjistit, jak jsou asistenti pedagoga působící na základních školách informováni o problematice syndromu CAN. Z tohoto cíle vychází výzkumné otázky:

1. Mají AP (asistenti pedagoga) znalosti v oblasti teorie syndromu CAN a jeho forem?;
2. Orientují se AP v rizikových faktorech syndromu CAN?;
3. Znájí AP symptomy, které můžeme pozorovat u dítěte při výskytu syndromu CAN?;
4. Vědí AP, jak postupovat při detekci známek syndromu CAN a mají základní povědomí o krizové intervenci?

Celá práce je koncipována na základě těchto základních výzkumných otázek, na které hledá odpovědi.

Práce se skládá ze dvou hlavních částí. První částí je část teoretická, kterou tvoří dvě velké kapitoly. Tato část práce vychází z odborné literatury, přičemž hlavními zdroji jsou především: Dunovský et al. (1995), Kyriacou (2005), Teplá (2015) a Němec et al. (2014b). První kapitola je věnována samotné problematice syndromu CAN. V této kapitole je věnována pozornost významu samotného pojmu, jednotlivým formám a jejich projevům, rizikovým faktorům, prevenci, detekci, a především úloze školy při odhalování syndromu CAN. V částech věnovaných krizové intervenci jsou vyvozovány kompetence pedagogických asistentů spojením kompetencí pedagogů, které se týkají této problematiky, a kompetencí pedagogických asistentů obecně. V celé této kapitole je kladen důraz



na aspekty související se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, vzhledem k jejich větší náchylnosti pro vznik syndromu CAN a současně vzhledem k podpoře poskytované pedagogickými asistenty. Druhá kapitola je zaměřena na pedagogické asistenty, jejich postavení ve školách a školství obecně, legislativní ukotvení i historický vývoji této pozice. Dále je v rámci této kapitoly věnována pozornost náplni práce pedagogických asistentů, kvalifikačním i osobnostním předpokladům asistentů, a nakonec i kvalifikačním kurzům.

Druhou hlavní část tvoří výzkumná část práce, která vychází z výzkumného šetření realizovaného metodou dotazníkového šetření. Respondenty kvantitativního zkoumání tvoří skupina pedagogických asistentů působících na základních školách. Vyhodnocením této části je možné zjistit procentuální úspěšnost a úroveň znalostí asistentů.

# 1 Syndrom CAN

Tato kapitola se věnuje problematice syndromu CAN obecně. Významu samotného pojmu, formám a projevům, rizikovým faktorům, prevenci, a nakonec i roli školy při odhalování syndromu CAN a krizové intervenci. V celé kapitole jsou zdůrazňovány aspekty týkající se žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, které bývají snadnějším terčem syndromu CAN. Nejsou vypracovány žádné podrobné metodiky týkající se tohoto tématu určené pedagogickým asistentům. Proto jsou v kapitolách věnovaných práci školy v této sféře vyvozovány kompetence asistentů spojením kompetencí pedagogických pracovníků týkajících se této problematiky a kompetencí pedagogických asistentů obecně.

## 1.1 Definice syndromu CAN

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je dnes obecně označován jako syndrom CAN (Child Abuse and Neglected). Dunovský et al. (1995) popisuje syndrom CAN jako chování osoby přicházející do kontaktu s dítětem, ohrožující nebo poškozující jeho tělesný, duševní i společenský stav a vývoj. V krajních případech může způsobit dítěti až smrt.

Podle Špeciánové (2004, s. 1, In Bendová 2015) můžeme definovat syndrom CAN jako: *„jakékoliv vědomé či nevědomé aktivity, kterých se dopouští dospělý člověk na dítěti a jejichž následkem dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte a jejich nejvážnější podobou je úplné zahubení dítěte.“*

Z jiného pohledu pohlíží na syndrom CAN Hroncová (2006, In Bendová 2015), která ho vnímá jako obecný problém, jehož podstatou je samotné ubližování dítěti a jehož vlivem dochází k poškozování tělesné i psychické stránky dítěte. Poskytuje tak mírně odlišný pohled, který je více zaměřen na dítě samotné a následky na jeho osobnost než na samotný čin páchaného násilí.

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN) obecně definujeme jako nenáhodné preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) společensky nepřijatelné chování dospělého vůči dítěti, čímž je poškozován tělesný, duševní a sociální stav a vývoj dítěte (Slaný 2008).

Pokud chceme porozumět tomu, co skrývá pojem syndrom CAN, musíme nejprve rozklíčovat jednotlivé složky ukrývající se v jeho názvu. Týrání se obecně spojuje především s užitím síly vůči dítěti. Zneužívání můžeme chápat z obecnějšího úhlu pohledu, jako jakoukoliv formu nevhodného zacházení s dítětem, ale v tomto kontextu je chápáno především jako sexuální zneužívání. Pojem zanedbávání pojmenovává primárně nedostatečnou péči o dítě.

Vaničková (2002) člení základní potřeby dětí do pěti kategorií: somatické, psychické, emocionální, sociální a duchovní. Syndrom CAN pak vždy znamená nedostatečné naplňování alespoň jedné z těchto kategorií, nebo její části.

## 1.2 Formy a projevy syndromu CAN

	<b>aktivní</b>	<b>pasivní</b>
<i>Formy syndromu CAN v podobě fyzického ubližování</i>	otevřené i uzavřené rány a poranění, zlomeniny, bití, podávání jedovatých látek nebo drog, dušení, krvácení, smrt	porucha prospívání neorganického původu, zanedbání výživy, vzdělání a výchovy, zdravotní péče, přístřeší a bezpečí
<i>Formy syndromu CAN v podobě duševního a citového ubližování</i>	verbální agrese a napadání, ponižování, vyvolávání stresu, strašení, šikana	psychická deprivace a subdeprivace, nedostatek podnětů
<i>Formy syndromu CAN v podobě ubližování se sexuálním podtextem</i>	nepenetrativní i penetrativní kontaktní sexuální aktivita	bezkontaktní sexuální aktivity, exhibicionismus, pořizování pornografických záznamů, verbální nářázky
<i>Formy syndromu CAN ve specifické podobě</i>	organizované týrání a zneužívání sekundární viktimizace rituální týrání a zneužívání Münchhausenův syndrom by proxy	

Tabulka č. 1 – Formy a projevy syndromu CAN podle Dunovského et al. (1995)

Dělení syndromu CAN a projevy jednotlivých forem dobře kategorizuje výše uvedená tabulka vycházející z Dunovského et al.(1995). Stejně jako v předchozí kapitole,

i zde můžeme vidět, že jednotlivé formy a jednotlivá vymezení pojmů se velmi prolínají a je téměř nemožné jasné určit hranici mezi jednotlivými formami.

Zatímco je tělesné a sexuální týrání přímou agresí a má formu zjevného násilí se zjevnými identifikačními prvky, skryté násilí (nepřímá agrese) je velmi těžce identifikovatelné. Jedná se o psychické utrpení a citové zneužívání (Vaníčková et al. 1995).

Vedle bezprostředních projevů jednotlivých forem můžeme pozorovat důsledky trvalého zneužívání, jako vážnou psychickou újmu, těžké ublížení na těle, sebepoškození a útoky z domova. Tyto čtyři klíčové signály mohou upozorňovat na možné případy trvalého zneužívání (Kyriacou 2005). Projevy chování týraného dítěte nemusí být však vůbec viditelné a zřetelné (Vaníčková et al. 1995). Různorodé tělesné stesky dětí mohou svědčit o nepřiměřeném stresu, který na dítě působí a měla by se mu věnovat pozornost (Vaníčková 2002).

### **1.2.1 Tělesné týrání**

Za tělesné týrání se považuje aktivní ublížení na těle, ale zároveň i neschopnost takovému ublížení zabránit nebo opomenutí v péči o dítě (Kyriacou 2005). Zde se pohybujeme na pomezí s jinou formou syndromu CAN, tedy zanedbáváním jako takovým. Fyzické týrání se však projevuje nejčastěji přehnaným trestáním dítěte a bývá důsledkem nezvládnuté agrese. Pro použití této nepřiměřené agrese jsou nejrizikovější skupinou především děti s mentálním postižením a děti s lehkou mozkovou dysfunkcí (LMD), které svého vychovatele rozčilují svými specifickými známkami v chování (Vaníčková et al. 1995). Kaliba (Bendová 2015) klasifikuje tělesné týrání z hlediska plánování tohoto chování vůči dítěti na spontánní a plánované.

Nejčastěji se jedná o bití, tahání za vlasy, popáleniny, opaření a různé další formy násilného trestání (Kyriacou 2005). Tyto činy na dětech zanechávají více či méně výrazné následky. Mezi tělesné ukazatele patří zavřená poranění, otevřená poranění a průvodní znaky jiného utrpení, jako je dušení, trávení různými chemikáliemi, jedy, i podávání drog a alkoholu (Dunovský et al. 1995). V extrémních případech může tělesné týrání končit až smrtí dítěte.

Zavřená poranění jsou ta, která se vyznačují poškozením tkání a orgánů tupým násilím, zpravidla bez porušení kůže. Mezi tyto poranění řadíme různé otřesy, pohmoždění (až u 90 % tělesně týraných dětí), vytrhávání vlasů, poranění svalů, kostí, hlavy či nitrobřišních orgánů. Otevřená poranění jsou ta, kde dojde k porušení kůže, sliznice nebo povrchu některého orgánu, přičemž vždy je i zásahem do celého organismu. Sem patří různé otevřené tržné, sečné a další rány a velmi časté jsou také popáleniny. Nejčastějšími příznaky, které můžeme pozorovat při akutních stavech, jsou bolesti břicha, bezvědomí, bolesti hlavy, zvracení či křečové stavy (Dunovský et al. 1995). Cílená pozornost lékařů, psychologů, sociálních pracovníků a kriminalistů odhalí mnoho případů fyzického týrání, které by jinak nebyly odhaleny (Vaničková et al. 1995).

Na tělesné týrání však nelze pohlížet pouze z fyzického hlediska, protože bývá úzce spjata s psychickým a emocionálním zneužíváním a týráním i se sexuálním zneužíváním. Můžeme tak rozlišovat specifické a nespecifické identifikační tělesné známky. Děti většinou na bolest reagují změnou chování nebo obranným chováním před další traumatizací a tyto prvky může pozorovatel brzy identifikovat (Vaničková 2004). Obecně viditelné známky, které mohou na žákovi pozorovat pedagogičtí pracovníci, včetně pedagogických asistentů, jsou častá nevysvětlitelná nebo podezřelá a opakující se poranění, strach z tělesného kontaktu, šikanování mladších spolužáků, strach z kontaktu školy s rodiči nebo strach ze zkoušení (Kyriacou 2005). Časté je také odmítnutí odložit před někým oděv a odhalit paže a nohy v létě (Elliott 1995). Valentová (2013a) doplňuje ještě přehnané obranné reakce a absurdní chování v běžných situacích bez známého vysvětlení. Podle Svobody a Němcové (2015) bývají malé fyzicky týrané děti méně odolné vůči zátěži a špatně snášejí svůj neúspěch.

Do této kategorie můžeme zařadit i Münchhausenův syndrom v zastoupení, v této práci je však zařazen mezi zvláštní formy syndromu CAN (1.2.6).

### **1.2.2 Zanedbávání**

Ondřejkovič (2000, In Bendová 2015) charakterizuje zanedbávání jako „*pasivní přístup rodičů k dítěti, projevující se nedostatečnou až žádnou starostlivostí, absencí přiměřeného zabezpečení aktuálních a perspektivních potřeb dítěte v oblasti tělesné, emocionální a výchovné.*“

Pemová a Ptáček (2016) kladou důraz na potřebu považovat zanedbávání za jeden z nejzávažnějších sociálně-patologických jevů, které můžeme v rodině pozorovat. Zároveň uvádí, že je tento jev dosti rozšířený a často přehlížený. Na rozdíl od ostatních forem syndromu CAN, pachatelem zanedbávání v rodině se stává výrazně častěji žena (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010).

Zanedbávání můžeme rozdělit na dvě základní kategorie. První kategorií je těžké zanedbávání některé základní potřeby nebo vystavení dětí zdraví ohrožujícím situacím. Druhou skupinou je všeobecné zanedbávání, tedy obecně neposkytování dostatečné péče a pozornosti dítěti. Sem řadíme samostatný výskyt i kombinace zanedbávání odpovídajícího jídla, ošacení, přístřeší, lékařské péče, vzdělání a výchovy, izolaci od okolního světa atp. Je nutné připomenout, že se tyto podmínky mohou vyskytovat v každé domácnosti, aniž by se jednalo o zanedbávání jako takové. To je specifické svým přetrváváním a větším výskytem těchto faktorů (Dunovský et al. 1995). Novější dělení, které uvádí Pemová a Ptáček (2016) rozděluje tři stupně intenzity zanedbávání: kategorie nejmenšího, středního a vážného rizika zanedbávání. Dále se stejně jako týrání i zanedbávání dělí na tělesné a psychické. Zanedbávání jako takové pak můžeme označit za tělesné nebo psychické týrání pasivního charakteru.

Na negativní důsledky zanedbávání musíme pohlížet jako na komplex vývojových handicapů, kdy fyzické důsledky vyvolávají psychické, ty sociální a všechny tyto individuální negativní dopady mají ve výsledku podíl na společensky negativní situaci (Pemová a Ptáček 2016). Dlouhodobé zanedbávání tělesných potřeb dětí může vést k poruše v prospívání dítěte neorganického původu. Setkáváme se i s kombinací organicky podmíněného neprospívání s neorganickým, které je pro dítě velmi nepříznivé. Bohužel však tyto situace nejsou vzácností, protože děti s postižením či nemocné děti jsou rizikovou skupinou syndromu CAN (Dunovský et al. 1995).

Podle Kyriacou (2005) můžeme jako hlavní indikátory u dětí pozorovat trvalý hlad, hubenost, obsesivní činnosti, špatnou soustředěnost, nedostatečnou hygienu a neupravený zevnějšek. Dalšími ukazateli může být častá únava a ospalost, oblečení neodpovídající počasí nebo nedostatek patřičné lékařské péče. Výrazné jsou i odchylky v chování dětí. Děti mohou být depresivní, uzavřené, apatické, mohou vykazovat asociální či destruktivní

chování a mohou se u nich například vyskytovat neurotické návyky (Dunovský et al. 1995). Pemová a Ptáček (2016) přidávají mezi viditelné symptomy mimo jiné vadné držení těla, svalový hypotonus, vyšší výskyt infekčních onemocnění nebo dehydrataci. Zanedbávané děti často nemají naučené hygienické návyky, způsob životosprávy, kulturní návyky a znalosti a jednání podle sociálních norem (Vaníčková et al. 1995).

Vedle tělesného zanedbávání se setkáváme i s dětmi psychicky zanedbanými. Pro tento úkaz se využívá specifický výraz „psychická deprivace“. Dunovský et al. (1995) hovoří o deprivaci, jako o výsledku životní situace, kdy dítěti nejsou uspokojovány jeho základní psychické a emoční potřeby v náležité míře a po určitou, dosti dlouhou, dobu. Mírnější formou deprivace je pak subdeprivace, která však nemá výrazně méně závažné důsledky (Pemová a Ptáček 2016).

### 1.2.3 Psychické týrání

Kramulová (2006, In Bendová 2015) definuje psychické týrání jako „*soubor nežádoucích přístupů k dítěti a způsobů zacházení s ním, které vedou k narušení jeho zdravého vývoje, všestranného rozvoje osobnosti či ke snižování sebehodnocení dítěte.*“

Psychické a emocionální týrání tvoří méně výraznou složku syndromu CAN. Často bývá upozadřováno za tělesným týráním a zneužíváním. Důvodem je fakt, že psychické týrání je mnohem hůře odhalitelné a zdokumentovatelné (Dunovský et al. 1995). Zároveň není jasně vymezená hranice, kde končí výchovné pravomoci a začíná ono týrání.

Psychické týrání se vyskytuje nejčastěji v podobě trvalého ponižování, urážení, vyhrožování či vystavování závažnému domácímu nesouladu (Kyriacou 2005). Obecně se psychické týrání vyznačuje ve většině případů úmyslným citovým týráním, málokdy se setkáme s případy neúmyslného psychického týrání. Psychické týrání ale také nezahrnuje pouze složku aktivní, ale i pasivní, tedy nedostatek důležitých citových podnětů pro dítě, jako je zájem, láska nebo všímavost (Dunovský et al. 1995). Citové týrání může mít i podobu zavrhování, omezování nebo vyvolávání strachu a životní nejistoty (Vaníčková et al. 1995).

Podle Dunovského et al. (1995) je nejběžnější výskyt psychického týrání u rozvádějících se rodičů, kteří se o dítě „přetahují“. Další častou situací je kladení vysokých nároků na výkony dítěte, přičemž dané nároky jsou nepřiměřené schopnostem a možnostem

dětí. Právě tato forma syndromu CAN má velkou pravděpodobnost výskytu u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Rodiče se musí naučit přizpůsobit svá očekávání a přijmout dítě i se všemi nedostatky. Jinak může velmi snadno docházet k přílišnému psychickému tlaku, který může přecházet právě až do psychického týrání.

Dopady psychického týrání jsou různé. Záleží na intenzitě, době trvání i osobnosti dítěte. U některých dětí se setkáváme se stažením se do sebe, ustrašeností, úzkostností, pláčivostí, nízkou sebedůvěrou a sebehodnocením. Děti však mohou reagovat i ofenzivně, až agresivně, kdy razantně prosazují své a často se u nich setkáváme s poruchami chování. Vedle těchto psychických dopadů se mohou objevovat i psychosomatické obtíže, konkrétně různé bolesti hlavy a břicha, ekzémy atp (Dunovský et al. 1995). Děti mohou dále projevovat známky fyzického, mentálního nebo emocionálního opoždění ve vývoji a různé neurotické chování (Elliott 1995).

Dále mezi obecné identifikátory, kterých si může všimnout pedagogický pracovník, tedy i pedagogický asistent, patří například vznik koktání, projevy nezralého chování, špatné snášení kritiky, užívání drog, problémy v jednání s lidmi, pasivita a vyhýbání se rizikovým situacím (Kyriacou 2005).

#### **1.2.4 Sexuální zneužívání**

Sexuální zneužívání tvoří velkou podkategorii syndromu CAN, která nese i speciální název. Obvykle se označuje syndrom sexuálního zneužívání jako syndrom CSA (Child Sexual Abuse), tedy syndrom sexuálně zneužitého dítěte (Hadj-Moussová et al. 1999).

Trestní zákoník považuje za pohlavní zneužívání soulož, nebo jiný způsob pohlavního zneužití osoby mladší patnácti let, nebo osoby mladší osmnácti let závislé na péči zneuživatele (§ 187, Zákon č. 40/2009 Sb.).

Obecnější pojetí sexuálního zneužívání, které se neomezuje na trestněprávní vymezení, popisuje definice Rady Evropy z června 1992, která považuje sexuální zneužití dítěte za „*nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv sexuální dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoli, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoliv, kdo se s dítětem dostane do nějakého styku*“ (Hanušová 2006, s. 6).



Sexuální zneužívání se dělí na formu bezkontaktní a kontaktní. Bezkontaktní sexuální zneužívání zahrnuje verbální sexuální návrhy, sexuální exploatace dítěte, expozice genitálu, popř. masturbaci, exhibicionismus nebo voyerismus (sexuální vzrušení při pozorování nahého nebo svlékajícího se dítěte). U kontaktního dochází k nepenetrativní aktivitě (dotýkání se, mazlení na genitálu nebo prsou předměty, rukou, genitálem, jak přes oblečení, tak na nahém těle) nebo k aktivitě penetrativní (sexuální proniknutí prsty nebo předměty do genitálu, orálně-genitální sexuální kontakt, análně-genitální, genitálně-genitální). Vedle toho můžeme sexuální zneužívání dělit podle toho, zda se děje v rodině na intrafamiliární a extrafamiliární (Hanušová 2006).

Podle Kyriacou (2005) bývají pachatelé sexuálního zneužívání v 95% případů muži. Nejsou však vyloučeny ani případy, kdy je pachatelkou žena a rozhodně nejsou nijak méně závažné. Dost často jsou tito lidé nenápadní a naopak působí, že mají k dětem dobrý vztah (Dunovský et al. 1995). Sexuálním agresorem bývá až ve dvou třetinách známá osoba a alespoň v polovině případů člen rodiny. Tento poměr se lehce liší hovoříme-li o sexuálním násilí pouze na chlapcích (Hadj-Moussová et al. 1999). U Valentové (2013) se informace mírně odlišují a uvádí, že pachatelem bývá známá a blízká osoba až v 80 % případů.

Projevy sexuálního zneužívání můžeme u dětí pozorovat v různých podobách. Dítě je vyjadřuje emocionálně, fyzicky i svým chováním (Hanušová 2006). Nejvýraznější, a pro osobu přicházející s dítětem do běžného kontaktu (například pedagogického pracovníka) nejvýraznější, jsou projevy psychické.

Symptomy můžeme dělit podle délky trvání na dlouhodobé a krátkodobé. Mezi krátkodobé řadíme bolesti (nejčastěji břicha nebo hlavy), smutek, lítost, pláč, vztek, hněv, zlobu, úzkost, paniku, obavy, strach, agresí a další možné projevy šoku ze vzniklého traumatu. Sexuální zneužívání má však velmi výrazné důsledky dlouhodobé, které mají vliv na celkové utváření osobnosti dítěte a následný život. Patří sem pocity viny a hanby, deprese, nízká sebeúcta, nedůvěra a nápadná obava být s určitou osobou, změny v chování, zhoršení školních výsledků a delikvence, sexuální zneužívání druhých a problémy ve vztazích, sociální izolace a patologie, poruchy spánku, soustředění a příjmu potravy, negativní sebepojetí a snížení sebehodnocení. Nejnápadnějšími příznaky může být nepřiměřené sexuální chování, sebepoškozující a sebevražedné jednání (Svoboda a Němcová 2015).

Elliott (1995) ještě přidává mezi identifikátory nepřítomný pohled, nešťastný výraz, rozpačitost, naznačování skrývání tajemství nebo neochotu svlékat se před hodinou tělocviku.

Problémy s chováním se mohou projevovat dvojím způsobem. Děti s internalizovaným chováním se spíše uzavírají samy do sebe, izolují se a podřizují, zatímco děti s externalizovaným chováním se spíše stávají více agresivní, násilnické a delikventní (Hadj-Mousova et al. 1999).

Všechny výše zmíněné příznaky se mohou, ale nemusí vyskytovat u dětí se syndromem CSA. Zda se jednotlivé symptomy objeví nebo ne, záleží na mnoha okolnostech, především na osobnosti dítěte a charakteru a délce trvání sexuálního zneužívání. Může, ale nemusí vzniknout posttraumatická stresová porucha, přičemž rozhodující vliv na vznik má období následující spáchání činu (Hanušová 2006). Typickým obranným mechanismem dětí je popření a vytěsnění zážitku nebo psychická a fyzická disociace, únik, amnézie a zvláštní stavy jako denní snění nebo stavy podobné transu (Svoboda a Němcová 2015).

Tyto projevy se mohou vyskytovat u dětí intaktních, ale u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami předpokládáme větší výskyt a výraznější možnost detekce konkrétně znaků, jako jsou nevhodné sexuální projevy, nápadné změny nálad a ochoty spolupracovat nebo sebepoškozování určitých částí těla (Ochrana zdravotně postižených 2002). Při pokynu k nakreslení lidské postavy většinou tyto děti kreslí postavu nahou a realistickou. Případně mohou být určité pro dítě děsivé části těla zvýrazněny.

Světová zdravotnická organizace udává, že až 10 – 40 % žen a 5 – 20 % mužů bylo v dětství sexuálně zneužito (Vaníčková et al. 1995). K významné rizikové skupině patří fyzicky nebo psychicky či sociálně handicapované osoby (Ochrana zdravotně postižených 2002). U žáků se specifickými vzdělávacími potřebami, zejména pak s mentálním postižením, hraje u odhalování velkou roli znalost norem a osobního prostoru. Za velice důležité je považováno vzdělávání žáků v sexuální výchově a vysvětlování, co si dospělý dovolit může a co je již za hranicí. Tyto děti často samy netuší, že jsou obětí zneužívání, ani že se děje něco, co není běžné. Násilník často využívá různých praktik a zvláště pak „slabostí“ a „nedostatků“ obětí. Dále také využívá tzv. destabilizační techniky,

tedy takové, které mají za cíl oběť znejistit nebo vyvolat kladné postoje a podřízenost (Ochrana zdravotně postižených 2002).

C. R. Summit (1983, In Dunovský et al. 1995) popsal velmi častý jev, syndrom dětského přizpůsobení pohlavnímu zneužití. Jedná se o situaci, kdy dítě uvede, že bylo sexuálně zneužito a své tvrzení později odvolá. Vinu přikládá ve velkém množství případů sekundární viktimizaci a případné nedůvěře vůči dítěti stojícímu naproti domněle důvěryhodnému dospělému. Často bývá sexuální zneužívání spojeno s psychickým i fyzickým týráním. Pachatel se snaží vynucovat mlčenlivost, jak odměnami a pochvalami, tak i tresty, vydíráním a vyhrožováním (Dunovský et al. 1995).

### 1.2.5 Šikana

Do forem syndromu CAN můžeme zařadit i šikanu. Tento pojem je odvozen od francouzského slova chicané, což můžeme přeložit jako sužování, týrání, pronásledování nebo také zlomyslné obtěžování (Vaníčková 2002). Dunovský et al. (1995, s. 69) popisuje šikanu jako: *„agresi, které se dopouští jedinec nebo skupina vůči jedinci nebo skupině víceméně bezbranným, ať už pro fyzickou nebo jinou slabost nebo nemožnost účinné obrany“*. Dochází k ní ve všech věkových i sociálních skupinách. Se šikanováním se však častěji setkáváme u chlapců (Vaníčková et al. 1995). Charakteristickým rysem je pravidelné opakování na stejné oběti. Elliott (1995) říká, že šikanování je vlastně zneužívání síly nebo pravomoci.

Nejčastěji bývá oběť tyranizována fyzickým násilím, ponižující manipulací, nadávkami a posměchem (Dunovský 1995). Šikanující bývají velmi vynalézaví a vymýšlí různé formy fyzického ubližování. Někdy se snaží oběť zasáhnout tím, že poškodí předměty v jejím vlastnictví. Šikana, při které nedochází k fyzickému násilí však není méně závažná a devastující. Většinou se jedná o silné slovní ponižování, často i pokřikování se sexuálním podtextem. Oběť bývá na problém sama a stojí proti ní často nepřímo celý kolektiv (Elliott 1995). Vaníčková et al. (1995) uvádí, že šikanování má nejčastěji podobu pokořování, sexuálního obtěžování, bití a finančního vydírání, přičemž surovostí a krutostí stojí často na hranici spáchaného trestného činu.

Tato forma syndromu CAN je často vyvolána určitou odlišností jedince. Z toho důvodu se žáci se speciálními vzdělávacími potřebami jeví jako ideální oběti. Samotný fakt,

že kvůli těmto žákům je ve třídě další pedagogický pracovník, jehož role není vždy ostatním dostatečně objasněna, riziku vzniku šikany pouze přispívá. Důležité je usnadnit žákovi přirozené začlenění do kolektivu a vysvětlení situace spolužákům vhodným způsobem.

Projevy šikanovaných jedinců jsou podobné projevům psychicky, případně i fyzicky týraných dětí. Velkým identifikátorem může být, že se dítě snaží vyhýbat určitému specifickému prostředí, ve kterém k šikaně dochází. Pokud se tedy jedná o prostředí školy, často můžeme pozorovat záškoláctví. Výrazným prvkem také bývá pokles sebevědomí a sebehodnocení. Můžeme se setkat i s tzv. kumulovaným efektem, kdy oběť získává pocit, že si šikanování zaslouží, protože opravdu není v pořádku (Bendl 2003). Vaníčková (2002) klade důraz na sociální dovednosti pedagogických pracovníků, které jim mohou pomoci odhalit prvotní známky šikany, tzv. ostrakizování.

#### **1.2.6 Zvláštní formy syndromu CAN**

Vedle předchozích velkých základních skupin, které tvoří převážnou část syndromu CAN, existují i zvláštní formy syndromu CAN, které se vyskytují ve výrazně nižší míře a jsou méně známé.

Mezi tyto formy patří systémové týrání, jinak také druhotné ubližování neboli sekundární viktimizace. Jedná se o formu týrání, která je způsobena systémem založeným pro pomoc a ochranu dětí, kterému jsou vystaveny (Vaníčková et al. 1995). Může se jednat o nedostatečnou péči o děti v problémových a dysfunkčních rodinách nebo špatnou či nedostatečnou péči v denních zařízeních. Spadá sem také nevhodný přístup při vyšetřování po zjištění výskytu syndromu CAN v rodině (Dunovský et al. 1995). Druhotné poškozování oběti trestného činu probíhá prostřednictvím nejen neprofesionálních odborníků, ale i reakcemi přátel, sousedů nebo i vlastních rodičů (Velikovská 2016). Spilková (Hadj-Moussová et al. 1999) vycházejíc z definice zdravotnické komise Rady Evropy rozlišuje několik úrovní, na kterých může dojít k sekundární viktimizaci, mezi které patří např. zpochybnění výpovědi dítěte a označení za lháře, opakované výpovědi a ostouzející otázky, ponižování dítěte komunikací a vztahem terapeuta či sociálního pracovníka, umístění pachatele (rodiče) do vězení a dítěte do dětského domova nebo ponechání rodiny bez intervenčního zásahu. Nejen nevhodný přístup, ale i délka

trestního řízení a vyšetřování může mít velký vliv na míru sekundární viktimizace (Velikovská 2016).

Další zvláštní formou syndromu CAN je organizované zneužívání dětí. Sem řadíme dětskou prostituci, pornografii, obchod s dětmi i institucionalizované zneužívání dětí v ústavech. Jedná se o zneužívání dětí, které bývá dopředu plánované, případně komercializované. Ústavní zneužívání je velkou skupinou samo o sobě. Pachatelé, zneuživatelé, často nastupují do zařízení s jasným cílem a na okolí působí jako aktivní a obětaví lidé mající rádi děti (Dunovský et al. 1995).

Rituální zneužívání je další zvláštní formou syndromu CAN. Autoři popisují rituální zneužívání jako fyzické, psychické nebo sexuální ubližování dítěti spojené s opakovanými aktivitami, tedy určitým rituálem. Jejich účelem či smyslem je spojit toto zneužívání s náboženským, magickým nebo nadpřirozeným kontextem (Dunovský et al. 1995). Většinou k rituálnímu zneužívání dochází v rámci nějakého vyhraněného organizovaného společenství (Hadj-Moussová et al. 1999).

V dnešní době velmi se rozmáhajícím fenoménem, který také spadá pod syndrom CAN, je tzv. sexuální turismus. Hovoříme o situacích, kdy cizinci přijíždějí do cizí země, přičemž mají jasný záměr, a to vyhledat dítě, se kterým se sexuálně uspokojí (Dunovský et al. 1995). Tato skupina se částečně překrývá s již zmiňovaným organizovaným zneužíváním dětí, jen má svou specifitější podobu. Sexuální turisté přichází především z ekonomicky rozvinutých zemí a zaměřují se na chudé země (Hadj-Moussová et al. 1999).

Velmi zvláštní formou syndromu CAN je Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy). Jedná se o případy, kdy si rodiče vymýšlejí různé symptomy a onemocnění. Někdy příznaky i uměle vyvolávají nebo navádí děti, aby simulovaly újmu na zdraví. Jejich cílem je, aby dítě bylo různě vyšetřováno případně indikováno a léčeno. Jedná se o mimořádně závažnou formu, ve které až jedna pětina případů končí smrtí (Dunovský et al. 1995). Valentová (2013a) doplňuje vysvětlení důvodu tohoto jednání, jako snahu působit jako dobrý pečovatel.

### **1.3 Rizikové faktory syndromu CAN**

Hovoříme-li o rizikových faktorech syndromu CAN, myslíme tím okolnosti přispívající pravděpodobnosti výskytu. Mohou to být specifické skupiny dětí, specifické

situace, prostředí, ale nesmíme zapomínat ani na rizikové osoby, které by mohly být, nebo by se do budoucna mohly stát, samotnými pachateli. Neznamená to však, že v „nerizikových“ podmínkách k syndromu CAN dojít nemůže. Pro potřeby této práce se dále kapitola zaměří především na rizikové faktory vycházející z dítěte samotného. Hanušová (2006, s. 15) výstižně uvádí: *„Zneužívání dětí nezná žádných hranic, může k němu dojít v každém prostředí, v každé společenské vrstvě a ve všech lidských rasách.“* V nejobecnější rovině lze říci, že způsoby chování rodičů k dítěti, tedy i případné rizikové situace, jsou poznamenány kulturními a sociálními souvislostmi, které určují přijatelnost a nepřijatelnost způsobů chování (Vaníčková et al. 1995).

Podle Dunovského et al. (1995) rozlišujeme tři hlavní skupiny dětí, které přitahují násilí: děti, které dospělého zatěžují, dráždí nebo vyčerpávají; děti s málo pochopitelným chováním; děti nesplňující očekávání vychovatele. Dále uvádí, že součinností těchto činitelů se potenciální nebezpečí umocňuje. Z toho důvodu jsou konkrétně žáci se speciálními vzdělávacími potřebami velkou rizikovou skupinou, protože právě u nich se často můžeme setkat s prolínáním a kombinací mnoha těchto faktorů. V evidenci 36 států USA jsou vedeny informace o případném postižení dítěte a tyto výsledky udávají 7,3 % dětí s postižením ze všech dětských obětí syndromu CAN. Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami jsou dvakrát častěji zanedbávány a 1,5x častěji fyzicky týrány (Pemová a Ptáček 2016). Hanušová (2006) ještě přidává jako rizikový faktor věk, kdy nejrizikovější je předškolní období, a s rostoucím věkem se rizikovost snižuje. Dunovský et al. (1995) popisuje mechanismus rizikovosti tak, že děti svým chováním spouští „mechanismy“, které uvolňují rizikovost dospělých či rizikovost situací. Rizikovost dětí je tedy podmíněna samotnou rizikovostí dospělých a situací.

Mezi děti vyčerpávající dospělého řadíme děti, které nespí, pláčou, vztekají se a nejsou k utišení, mají zlostné projevy, jsou nespokojené a nevrle. Velmi náročným obdobím je období vzdoru kolem třetího roku a puberta. Dunovský et al. (1995) dále uvádí děti labilní, citlivé, úzkostné, bojácné, hyperaktivní, neklidné, impulzivní, nesoustředěné, děti s LMD nebo s vážnějšími poruchami chování. Vychovatel má problém děti zvládat a má pocit, že ho přímo unavují, vyčerpávají, dráždí, případně až provokují a svádějí k agresi nebo jinému zneužívání (Hanušová 2006). Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami

mohou být k těmto projevům o něco náchylnější, protože symptomem samotného postižení mohou být určité specifické provokující projevy.

Zvláště interakce například s žáky s LMD se může stát velkým problémem i při vyučování pro učitele. Takoví žáci mívají mimořádné problémy se soustředěním, bývají impulzivní, neklidné a mohou narušovat atmosféru celé třídy (Vaníčková et al. 1995). Na riziko výskytu syndromu CAN, především psychického týrání, ze strany pedagogů nesmíme zapomínat (Kyriacou 2005).

Druhým výrazným činitelem je obtížně pochopitelné chování. Zde můžeme rozlišovat děti, u kterých jsou obtíže způsobené zvláštnostmi či výjimečností povahy a děti nacházející se ve zvláštní sociální situaci ztěžující vychovatelům porozumění. V prvním případě se jedná především o děti s autismem, s poruchami komunikace, se specifickými poruchami učení, děti trpící tiky, děti s bizarními nápadnostmi v chování psychotického rázu nebo děti s atypickým vývojem osobnosti. Valentová (2013a) sem řadí i děti s tělesným či smyslovým znevýhodněním, u kterých může být srozumitelnost komplikována tělesným poškozením. U druhé skupiny je neporozumění způsobeno většinou faktem, že jsou dětmi vychovatelé méně či více cizí. Tento nesoulad můžeme pozorovat například u dětí s osobitou dynamikou vývoje nebo inteligence, vyskytovat se může u pěstounské péče, při přítomnosti nevlastního rodiče, při výchově u prarodičů nebo po dlouhodobém odloučení některého z rodičů (Dunovský et al. 1995).

Poslední velkou skupinu tvoří děti, které nesplňují očekávání vychovatelů, nejčastěji rodičů. Valentová (2013a) uvádí, že vysoké požadavky bývají na dítě kladeny především v rodinách s vysokým sociokulturním statusem. Tyto děti bývají v zásadě ve větším ohrožení, protože bývají terčem nepřiměřeného trestání, do kterého se promítá osobní zklamání trestajícího. Většinou se jedná o děti s mentálním postižením, především s lehčími stupni, kdy je vyvíjen na dítě nátlak a nepřiměřená snaha o nápravu. Dále děti s intelektovým vývojem v pásmu podprůměru, nebo slabšího průměru, kdy má dítě problém se zvládnutím školních nároků. Tímto způsobem mohou ve vychovateli „provokovat“ pocity nejistoty a zklamání i děti s LMD a dalšími drobnými odchylkami v mentálním vývoji, které jsou navenek nenápadné. Nemusí se však jednat pouze o faktory vnitřní, ale hovoříme i o dětech s poruchami zjevnými, jako jsou smyslové vady, tělesné defekty a jiné nápadnosti

ve vnějším tělesném vzhledu, případná omezení ve schopnostech, které mají pro rodiče velký význam (Dunovský et al. 1995).

Narození dítěte s postižením vždy zasáhne rodinu velmi silně, a ne každý se s tím dokáže vyrovnat (Vaníčková et al. 1995). Čím větší byly představy, tím silnější je i následné případné zklamání. Pokud se jedná o mladý nestabilní pár, často se rodina při narození dítěte s postižením rozpadá a ohrožení syndromem CAN se tak výrazně zvyšuje (Dunovský et al. 1995). To potvrzuje i Hanušová (2006), která uvádí, že oběťmi se stávají ve velké míře děti pocházející z dysfunkčních rodin. Rozpad rodiny a případný nový partner žijící s vychovávajícím rodičem a s dítětem v domácnosti může být velkým rizikem zejména z hlediska možného sexuálního zneužívání (Hadj-Moussová et al. 1999). Neúplnost rodiny může hrát svou roli i z hlediska ekonomického a případně může být prvotní příčinou nízké životní úrovně a následného zanedbávání (Pemová a Ptáček 2016).

Dále bychom jako velký faktor neměli opomíjet potřebné znalosti a informovanost dětí. Především hovoříme-li o sexuálním zneužívání, informovanost o vlastním těle a sexuálním chování obecně je velmi důležitá (Hanušová 2006). Konkrétně děti s postižením bývají atraktivní pro sexuální útočníky, ať již pro samotné postižení, či pro „snadnější“ provedení a utajení činu. Zároveň jejich životy často pro samotné znevýhodnění přináší určité okolnosti, kvůli kterým jsou vůči jakémukoliv ubližování zranitelní a bezmocní. Autoři (Ochrana zdravotně postižených 2002) uvádí mezi těmito faktory závislost na péči, omezené rozpoznávací a obranné schopnosti, nízké sebevědomí a neschopnost samostatného jednání. Každé postižení zároveň přináší určité specifické rizikové faktory, jako například sociální izolaci, omezení možnosti útěku a obrany, snížení srozumitelnosti, špatnou orientaci, důvěřivost a nezkušenost, snadnou ovlivnitelnost a další (Ochrana zdravotně postižených 2002). Velikovská (2016) hovoří v této souvislosti o biologicky slabých obětech, mezi které patří ty, které za sebe nenesou zodpovědnost a jsou snazší kořistí pro svůj věk nebo nemohoucnost.

Zákon č. 56/2017 Sb., *o obětech trestných činů* (§ 2, odstavec 4) vymezuje kategorii zvláště zranitelných obětí, mezi něž řadí mimo jiné děti a osoby s fyzickým, mentálním nebo smyslovým postižením, kterým toto znevýhodnění činí překážku pro plné a účelné



uplatnění ve společnosti. Osobám spadajícím do této kategorie by se měla věnovat zvýšená pozornost.

## 1.4 Prevence syndromu CAN

Prevence syndromu CAN se snaží předcházet nebo minimalizovat jeho výskyt, případně jeho následky. Dunovský et al. (1995) uvádí, že prevence se stává vedoucí ideou veškeré snahy o nápravu. Prevenci jako takovou můžeme rozdělit do typů podle toho, na jakou cílovou skupinu je zaměřena.

Primární prevenci definuje WHO jako „*snahu počínat si tak, aby k určitému neblahému společenskému jevu nedocházelo, tedy předejít jeho vzniku, potlačit jej v zárodku, nedat mu příležitost*“ (Dunovský et al. 1995, s. 103). Vaníčková (2002) hovoří o primární prevenci jako o prostředku chránícím dítě před sociálními toxiny a umožňující mu zdravý vývoj a rozvoj osobnosti. Obecně za velký celosvětový preventivní čin můžeme považovat vydání Úmluvy o právech dítěte a Světové deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dítěte (Dunovský et al. 1995). Dunovský et al. (1995) dále rozlišuje 3 vrstvy v primární prevenci syndromu CAN: osvěta zaměřená na širokou veřejnost, zaměřené působení na rodiče a vychovatele a působení na odborné pracovníky a tzv. veřejné činitele. Provazníková (Vaníčková et al. 1995) dělí primární prevenci na specifickou, která je zaměřená proti rizikům vedoucím ke vzniku poškození, a nespecifickou zahrnující podporu zdravého vývoje dítěte a rodiny.

V rámci primární prevence je důležité působení na zdravé hodnoty dětí. Adams (1995, In Kyriacou 2005, s. 111) zdůrazňuje nutnost zařazení do učebních osnov těch témat, která pomohou žákům naučit se bránit před určitými typy zneužití. Hatwins a Wyse (1998, In Kyriacou 2005) k tomu dodává důraz na nácvik obranných strategií, pochopení nebezpečné situace, rozlišení příjemného a nepříjemného. Děti musí především vědět, jak odmítnout a bránit se v situaci, která hraničí se syndromem CAN. Čím dál tím větší váha je přikládána výuce sexuální výchovy ve školách. Podle Hadj-Moussové (1999) by se mělo prvních informací dětem dostat v předškolním věku. Nezbytné je však opakování informace v průběhu školní docházky a v každém věku by měl výchovný program být přiměřený a co nejúčinnější. Je však potřeba dodržovat určité zásady, aby výuka měla pozitivní přínos.

Sekundární prevence je již konkrétněji zaměřená. Jedná se o vytipování rizikových skupin a situací (Hanušová 2006). Rizikovým skupinám je věnována celá předchozí kapitola rizikových faktorů. Tento typ prevence probíhá formou cíleného programového působení na rizikové skupiny lidí a situace, aby se co nejvíce minimalizovalo riziko výskytu syndromu CAN (Dunovský et al. 1995).

Smyslem terciální prevence je zamezit dalšímu násilí a zneužívání dítěte. Zahrnujeme sem i diagnostiku syndromu CAN. Někdy k jednoznačné diagnóze není možno dospět, protože podle zákona nemůže být pro nedostatek důkazů pachatel uznán vinným (Dunovský et al. 1995). Diagnostický proces má vyústit v prognózu, z níž vyplýne návrh na pomocná, ochranná, terapeutická a další opatření ve prospěch dítěte (Vaníčková et al. 1995). Pokud se jedná o intrafamiliární formu syndromu CAN, nabízí se dvě řešení v rámci terciální prevence. Buď odstranění agresora, nebo umístění dítěte v neutrálním prostředí (Dunovský et al. 1995). Hanušová (2006) ještě uvádí prevenci kvartální, jejímž cílem by měl být klidný návrat dítěte zpět domů.

Všechny typy prevence hrají důležitou roli v minimalizaci výskytu syndromu CAN. Podle Sedláka (Ochrana zdravotně postižených 2002) je prevence podceňována. Nezanedbatelný negativní význam je přikládán i mediální propagaci násilí a brutality, která se dnes již stala normou společností nekriticky přijímanou.

## **1.5 Detekce syndromu CAN**

Detekce neboli zjišťování a odhalování případů syndromu CAN může probíhat mnoha způsoby. Může probíhat jak cíleným vyhledáváním jednotlivých případů, tak při běžné činnosti pracovníků oboru, který se zabývá dítětem, kteří mohou pojmout podezření a do situace zasáhnout. Jejich možnosti jsou různé a výběr vhodné varianty není snadný. Mohou případ ohlásit nebo se jím v rámci své kompetence dále zabývat (Dunovský et al. 1995).

Samotné zjištění a ohlášení případu je závislé na mnoha činitelích, které působí na potencionálního oznamovatele. Inhibitory jsou ty, které ohlašovací aktivity utlumují a facilitátory naopak usnadňují. Všechny tyto faktory dále můžeme rozdělit na profesionální a laické. Zákonem č. 40/2009 Sb. (§ 168, odstavec 1) je však uloženo každému občanovi,

aby oznámil, pokud se stane svědkem špatného zacházení s dětmi, nebo se o něm dozví. § 167, odstavec 1 trestního zákoníku (Zákon č. 40/2009 Sb.) stanovuje občanovi povinnost překazit trestný čin týrání svěřené osoby, pokud se o něm dozví. Výjimku postižitelnosti tvoří situace, kdy by nemohl překazit čin bez značných nesnází, nebo bez uvedení sebe nebo osoby blízké do nebezpečí (Dunovský et al. 1995).

Poměrně častá jsou anonymní hlášení, u kterých je třeba postupovat při vyšetřování ještě opatrněji. Anonymitu je třeba stoprocentně ctít, avšak často se setkáváme i s nabídkou vystoupení z anonymity, pokud bude třeba svědectví oznamovatele (Dunovský et al. 1995).

Nejsnazší cestou, jak se dozvědět o zneužívání dítěte, je přímo od něho. U dětí s postižením je však ještě menší pravděpodobnost, že s problémem samy vystoupí. Často se bojí a například u sexuálního zneužívání jim navíc mohou chybět výrazové prostředky. To je způsobeno tím, že nebývají dostatečně edukovány v této oblasti (Ochrana zdravotně postižených 2002). I u ostatních forem syndromu CAN často nemusí samy tušit, že se děje něco špatně, pokud se jedná o nevhodné podmínky v rodině, které dítě zná od mala, ale nemůže je s ničím jiným porovnat.

Existuje velké množství možností, kam se obrátit, pokud nezúčastněný i zúčastněný svědek syndromu CAN zjistí jeho výskyt. Pro samotné děti jsou nejprístupnější sítě linek důvěry, které poskytnou dítěti potřebnou okamžitou podporu a možnosti řešení. Na linky důvěry se však mohou obracet i ostatní lidé, nejen samotné oběti, i v případě pouhého podezření. Dalšími variantami jsou krizová centra pro děti, centra psychosociální pomoci, pedagogicko-psychologické poradny, pracoviště klinických psychologů, nebo samotné orgány sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) (Hanušová 2006).

Následnou fází po ohlášení případu je diagnostika, což je zjišťování a posuzování okolností ohlášeného či odhaleného případu špatného zacházení s dítětem. Jedná se o komplexní činnost interdisciplinárního týmu. Zjišťuje se anamnéza sociální, medicínská, zjištění současného stavu dítěte, zdravotní stav dítěte a jeho vývoj a psychologický stav. Zahrnuje ale také vyšetření dospělého a šetření sociálního pracovníka. V některých případech je nutné dítě na čas odebrat z rodiny a přijmout k diagnostickému pobytu (Dunovský et al. 1995).

Výstupem interdisciplinárního přístupu by měl být vnitřně diferencovaný závěr, který zároveň stanoví základ pro další postup, ať již terapeutický, represivní, či trestní (Dunovský et al. 1995). Při vytváření diagnostického obrazu se diagnóza šetřeného případu většinou zároveň potvrdí nebo vyloučí. Pokud toto rozhodnutí není možné uskutečnit, případ se označuje za „pravděpodobný“, postupuje se tedy shodně jako s ověřenou diagnózou (Dunovský et al. 1995).

V rámci detekce syndromu CAN se setkáváme i s různými specifickými druhy případů. Za tzv. suspektní případy považujeme ty, kde u dítěte můžeme pozorovat nějaké známky svědčící pro syndrom CAN, nebo rizikové faktory ukazující na některou z forem syndromu CAN, aniž by případy měly nesporné diagnostické znaky. Dalšími zvláštními druhy případů syndromu CAN, se kterými se můžeme setkat v praxi, jsou falešně pozitivní a falešně negativní případy. Za falešně pozitivní případy považujeme ty, u kterých se neseriózní ohlašovatel snaží dosáhnout pro sebe nějaké výhody nebo někomu ublížit. Stejně nebezpečné jsou i případy falešně negativní, u kterých byla diagnóza nesprávně či neopodstatněně vyloučena (Dunovský et al. 1995). I mimo úmyslné falešné hlášení může oznamovatel v dobrém úmyslu ohlásit případ syndromu CAN, který se prokáže jako nepravý. Pokud se však jedná o oznámení, kdy se osoba snaží chránit dítě a zamezit dalšímu zneužívání, má-li důvodné podezření, nedá se to považovat za špatné. Může to však mít velký neblahý dopad na dítě i celou jeho rodinu, případně extrafamiliárního domnělého viníka. Je za každou cenu třeba každý případ náležitě prošetřit a vyšetřit co nejšetrnějším způsobem.

Monitoring výskytu syndromu CAN u nás probíhá na několika úrovních. V první řadě je to registrace Orgánem péče o rodinu a děti, který vede dva registry. Jeden zaznamenává oznámené případy a druhý potvrzené, pravděpodobné, případně i suspektní případy. Zaznamenávání probíhá i policií a státním zastupitelstvím, přičemž se jedná o registr případů, které prošly policejním šetřením. Na další úrovni jsou v registru evidovány u soudu prošetřené případy, potvrzené i vyvrácené (Dunovský et al. 1995).

Současný odhad výskytu týraných a zneužívaných dětí je cca 1-2 % z celkové dětské populace. V České republice tedy odhady počítají s cca 20 000 dětmi (Valentová 2013a). Zdaleka ne všechny případy však projdou šetřením, nebo jsou vůbec někde oznámeny.

Značné množství případů zůstane neodhaleno. Podle Velikovské (2016) není oznámeno až 40 % všech trestných činů, pravděpodobně ze strachu oběti z tzv. druhé ztráty kontroly, což je nemožnost ovlivnit způsob vyšetřování a následnou komunikaci ze strany odborníků či policie. U dětí se speciálními vzdělávacími potřebami lze předpokládat, že bude procento neodhalených případů ještě vyšší vzhledem ke specifčnosti odhalování těchto případů a časté izolaci dítěte od okolního světa.

Celkově odhadovaný i ohlášený počet zneužitých dětí v posledních letech vzrostl. Důvodem mohou být snahy o problematice veřejně mluvit a využívat tak nástrojů primární prevence. Oběti jsou dnes ochotnější případ ohlásit a mají větší důvěru v systém (Kyriacou 2005).

Z hlediska pohlaví pachatele se při intrafamiliární formě syndromu CAN ve většině případů jedná o muže, pouze u zanedbávání se častěji pachatelem stává žena, tedy matka dítěte. To dokládá následující statistika: u fyzického týrání je poměr 39,5 % žen na 60,5 % mužů; u psychického týrání 16,4 % žen na 83,6 % mužů; u sexuálního zneužívání 8,2 % žen na 91,8 % mužů; u zanedbávání 84,9 % žen na 15,1 % mužů (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010).

## **1.6 Úloha školy při odhalování syndromu CAN**

Všichni pracovníci ve školství, zdravotnictví i sociální sféře, kteří by se dozvěděli o výskytu syndromu CAN u dítěte svěřeného do jejich péče mohou být při neohlášení, stejně jako každý jiný občan, trestně stíháni (Dunovský et al. 1995). Tito pracovníci, speciálně ti pedagogičtí, přichází do blízkého denního kontaktu s žákem, se kterým si vytváří vztah a vzájemnou důvěru. Proto mají velké dispozice pro detekci nevhodných podmínek pro žáka a při samotném odhalování jednotlivých případů hrají velice významnou roli. Nejen samotní pracovníci, ale i vhodné klima a atmosféra pomoci, porozumění a poskytnutí úlevy má velký význam (Vaníčková 2002). Podle Úmluvy o právech dítěte z roku 1989 mají různé instituce včetně škol povinnost podílet se a spolupracovat na odhalování syndromu CAN a pomáhat těmto žákům (David 1994, In Kyriacou 2005).

## **Výrazné identifikátory, které mohou registrovat pedagogičtí pracovníci**

Kyriacou (2005) se věnuje symptomům stresové situace u žáka obecně. Uvádí ukazatele jako hostilita, lhostejnost, nezáměr, výbuchy násilí, bolesti svalů, ustaraný pohled, neschopnost koncentrace, nebo snadnou drážditelnost. Za naprosto zásadní a nejpatrnější projev považuje výraznou změnu chování, kdy u dítěte pozorujeme nezvyklé projevy, které nejsou ve shodě s jeho normálním vystupováním. Případu musíme věnovat tím větší pozornost, čím výraznější a méně adekvátní je chování žáka.

Tato výrazná změna chování platí i konkrétně při syndromu CAN. Dunovský et al. (1995) ji uvádí jako jednu z prvních známek zneužívání, které by si měl pedagogický pracovník všimnout. Přidává, že projevy v chování mohou být velmi různorodé i protichůdné. Na jednu stranu může být žák pasivní, apatický, uzavřený a bojácný, na druhou stranu agresivní, destruktivní a násilnický. Vaníčková (2002) hovoří o varovných známkách v oblasti chování, které můžeme u dítěte pozorovat při nedostatečném naplňování základních potřeb. Mezi tyto příznaky počítáme výraznou vzdorovitost, provokativní chování, vynucování si pozornosti, problémy ve vztahu k vrstevníkům, poruchy pozornosti, hyperaktivita a impulzivita, případně při setrávání této situace můžeme pozorovat agresivní nebo závislé chování. Valentová (2013b) přidává důležité změny neverbálního projevu, jako rozdílnosti v očním kontaktu, držení těla, jazyku, slovníku i melodii hlasu a tempu řeči.

Pro identifikaci syndromu CAN musíme zjistit příčinnou souvislost mezi aktivitou pachatele vůči dítěti a následky této aktivity pro stav a vývoj dítěte. Potvrzení diagnózy syndromu CAN je pak vlastně zjištěním tohoto vztahu. Pokud v našem případě pedagogický pracovník objeví na žákovi nějakou fyzickou nepatřičnost, často není snadné určit, zda se jedná o následek násilností na žákovi, zanedbání a nedostatečné pozornosti, nebo pouze o běžné zranění vzniklé běžným dětským způsobem nebo nešťastnou náhodou (Dunovský et al. 1995). Důležité je věnovat těmto nápadnostem zvýšenou pozornost při opakovaném výskytu a případných dalších nejasnostech.

Učitel i pedagogický asistent je v těsné blízkosti s žákem a často je jediným dalším dospělým člověkem, který přijde do tak úzkého kontaktu s dítětem mimo rodinu, která bývá ve většině případů původcem syndromu CAN. Zároveň může sledovat žáka vycházejíc nejen z momentálního stavu, ale může si i všimnout dlouhodobých proměn v chování. Podle Hadj-

Moussové (Vaníčková et al. 1995) nelze předpokládat prvotní impulz pocházející od samotného dítěte, tedy nelze očekávat, že se žák učiteli sám od sebe svěří. Pokud žák vyhledává pomoc, dělá to spíše neverbálními náznaky, kdy úmyslně, či podvědomě neskrývá svá poranění a učitel je tedy může a měl by je zaznamenat.

### **Zásady krizové intervence**

S duševní krizí (stav, kdy se člověk dostane do situace, kterou není sám schopen zvládnout), která může nastat při zasáhnutí dítěte syndromem CAN, se zpravidla dítě vyrovnává třemi způsoby: útekem, útokem nebo voláním o pomoc. Pro zabránění neblahého vlivu této krize na osobnost dítěte je třeba zahájit krizovou intervenci, což je práce s akutním problémem, jejímž cílem je uklidnit klienta a stabilizovat jeho stav (Hadj-Moussová et al. 1999). Důležité je, jak uvádí Valentová (2013b), udržovat komplexní přístup při krizové intervenci. Na krizové intervenci se vedle psychologů, sociálních pracovníků, a dalších odborníků podílí i pedagogičtí pracovníci. S nutností poskytnout tuto péči v základní míře se tak může setkat i pedagogický asistent. V případě intervence při výskytu syndromu CAN je často třeba nejen být žákovi oporou ale i učinit konkrétní kroky pro zamezení dalšího poškození žáka.

Komunikace pedagogických pracovníků s žákem po odhalení, nebo při odhalování výskytu syndromu CAN má svá specifika a zásady. Dodržování základních zásad krizové intervence zabraňuje vzniku sekundární viktimizace (Hadj-Moussová et al. 1999). Autoři (Ochrana zdravotně postižených 2002) uvádí základní zásady rozhovoru se zneužitým žákem, mezi něž patří například plně naslouchat, věřit žákovi, dávat najevo empatické prožívání jeho pocitů, věnovat mu pozornost, ujistit o nevině, dát najevo snahu o nápravu a v případě, že se jedná o žáka se speciálními vzdělávacími potřebami ho ujistit také o tom, že daný problém nesouvisí s jeho postižením. Nikdy by neměl slibovat žákovi, že o problému neřekne nikomu dalšímu, protože v případě ohrožení dítěte musí pohotově jednat. Může mu maximálně slíbit, že ho bude chránit (Elliott 1995).

Základní nutností při poradenství pedagogického pracovníka je znalost svých mezí a uvědomování si hranic své odpovědnosti, na což by měli být učitelé dostatečně připravováni (Lazarová 2005). Učitel ani pedagogický asistent nemá odborné poradenské vzdělání a může tak poskytnout spíše pohotové řešení akutní situace ohrožující žáka

v případě nutnosti, empatické a zúčastněné vyslechnutí, nebo přesměrování na profesionálního pracovníka z oblasti terapeutického poradenství (Kyriacou 2005). Znalosti, které by měl pedagogický pracovník ovládat, aby byl schopen naplnit své základní krizově intervenční kompetence jsou základní znalosti psychologie, práva, poradenství a krizové intervence, znalosti školského poradenského systému i systému sociálně-právní ochrany dětí a dalších zařízení v okolí (Lazarová 2005). V žádném případě však nemá asistent ani učitel zastávat pozici terapeuta. Takový pracovník může žákovi poskytnout pouze obecné poradenství, nikoliv terapeutické. Hranice, za kterou by již asistent nebo učitel neměl zacházet však není nijak pevně stanovená a nelze jednoznačně určit, co spadá do kompetencí pracovníků školy a co již přenechat odborným externím pracovištím (Lazarová 2005). Kyriacou (2005) uvádí mezi hlavní tři fáze poradenské aktivity v pedagogické profesi pozorné vyslechnutí, konzultaci s ostatními vychovateli žáka a návrh postupu, který pro něj bude nejlepší.

### **Role školního poradenského pracoviště**

Každá škola má pracovníky, kteří jsou pověřeni řešením těchto problémů a mají odpovídající kvalifikaci. Všichni pedagogičtí pracovníci by měli vědět, kdo je na jejich škole danými osobami a stejně tak by sami žáci měli vědět, kdo má potřebnou kvalifikaci v oboru poradenství. DfEE (1995, Kyriacou 2005) ukládá školám povinnost připravit postup pro případ podezření na výskyt syndromu CAN a jmenovat osobu odpovědnou za koordinaci kroků vykonávaných v danou situaci. Touto osobou jsou nejčastěji výchovní poradci, kteří prochází interním doškolením, zatímco běžný učitel se setká v rámci svého vzdělávání pouze s povrchním uvedením tématu ochrany dítěte, který je součástí základních osnov (Kyriacou 2005).

Vyhláška č. 197/2016 Sb., *o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*, popisuje běžné činnosti školy a snaží se vystihnout, co je v kompetencích pedagogických pracovníků. Dále tato vyhláška zařazuje do poradenského systému škol pozici školního psychologa nebo školního speciálního pedagoga. Valentová (2013a) rozlišuje 2 modely poradenských služeb podle toho, zda je součástí týmu školní psycholog a školní speciální pedagog, na model základní a rozšířený. Kompetentními pracovníky ve školách, tvořící tým poskytující preventivní



a poradenskou intervenci, jsou výchovní poradci, metodici prevence, speciální pedagogové, školní psychologové, případně učitelé výchov a třídní učitelé. Neodmyslitelnou součástí týmu je samotné vedení školy, které za celý tým ručí a mělo by se na jeho činnosti podílet (Lazarová 2005). Na všechny tyto subjekty se může pedagogický pracovník v případě nějakých obav nebo podezření obrátit. Pedagogický asistent by v rámci svého studia také měl přijít do kontaktu s touto problematikou, ovšem dle dostupných informací u nás ani neexistují žádné doplňující kurzy pro asistenty pedagoga zaměřené na toto téma.

Školy by také měly při důvodném podezření zahájit spolupráci s dalšími organizacemi. V případě akutního zdravotního nebezpečí žáka je potřeba, aby pro něj škola vyhledala a zajistila lékařskou péči. Dále bývá v tomto případě nutná spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD), případně s policií (Kyriacou 2005). Častá je také spolupráce s psychology a speciálními pedagogy, nejsou-li součástí školního poradenského pracoviště, nebo převyšuje-li problém jejich kompetence. Podle Němce (2014a) je vzájemná spolupráce mezi pedagogickým asistentem a sociálními pracovníci oboustranně přínosná, protože i sociální pracovníce může být asistentovi nápomocná a může poradit vhodný postup při jednání s konkrétním žákem.

## 2 Asistent pedagoga

Tato kapitola se zabývá pozicí pedagogického asistenta a všemi důležitými aspekty jeho práce. Na začátku je popsáno a definováno jeho postavení obecně a jeho role v inkluzivním vzdělávání. Další kapitola se zabývá historií a vývojem této pozice spolu s legislativním ukotvením. Následné kapitoly popisují náplň práce, kvalifikační i osobnostní předpoklady a kvalifikační kurzy jak z pohledu zákonných norem, tak z pohledu praktických zkušeností a vhodných doporučení.

Profese pedagogického asistenta je poměrně novou záležitostí. Vzhledem k nynějšímu velkému důrazu na inkluzivní vzdělávání však jeho pozice výrazně nabývá na důležitosti a objevují se snahy upevnit tento dosud ne zcela přesně zakotvený fenomén. Němec et al. (2014b) uvádí, že zapojení asistentů pedagoga do vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami je nepostradatelným prvkem celého systému inkluzivního školství. Samotný koncept inkluzivního vzdělávání je pak definován jako: *„vzdělávání vycházející z uspořádání běžné školy způsobem, který naplňuje koncept rovných příležitostí a nabízí adekvátní podporu v rámci vyučování všem dětem bez ohledu na jejich individuální rozdíly s cílem maximálně rozvinout jejich vzdělávací potenciál“* (MŠMT 2010, In Němec et al. 2014b). Inkluze se považuje za vyšší stupeň integrace, kdy se nehledá řešení pro osoby se speciálními vzdělávacími potřebami, ale pro celou společnost. Tito pracovníci totiž tvoří spolu s asistenty osobními významnou složku podpůrných opatření umožňujících inkluzi (Uzlová 2010).

Existuje velké množství různých definic pozice asistenta pedagoga. Velmi výstižnou definicí je definice z Pedagogické encyklopedie ve znění: *„Asistent pedagoga je pomocník pedagoga, učitele, který se může významnou měrou podílet na edukačním procesu nejen ve škole, ale i v oblasti mimoškolní výchovy“* (Němec 2009, s. 424, In Němec 2014a, s. 17). Asistent pedagoga působí v resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky jako podpůrná služba při vzdělávání (Teplá 2015).

Podle § 2 zákona č. 563/2004 Sb., *o pedagogických pracovnících*, ve znění pozdějších předpisů, je asistentem pedagoga pedagogický pracovník, který je zaměstnancem školy a působí ve třídě v níž je vzděláváno dítě, žák nebo student se speciálními vzdělávacími potřebami. Podle § 16 školského zákona (Zákon č. 561/2004 Sb.) se jedná

o podpůrnou službu, umožňující těmto dětem kvalitnější vzdělávání, a usnadňující uplatnění na trhu práce a zlepšení kvality života. Tito žáci mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou nebo školským zařízením. Dále je podle tohoto paragrafu pro zřízení funkce asistenta pedagoga nutné doporučení školského poradenského zařízení a souhlas zákonného zástupce nebo samotného zletilého studenta. Pro zavedení této pozice a získání potřebných dotací je také potřeba souhlas krajského úřadu, eventuálně ministerstva. Doporučení školského poradenského zařízení obsahuje odůvodnění potřeby zřízení funkce, rozsah činnosti asistenta, obsah pracovní činnosti a návrh na další poskytované podpůrné služby. Funkce asistenta musí být ustanovena nejpozději s přijetím žáka do vzdělávacího systému (Teplá 2015).

Náležitosti, které ukládá zákon však nejsou zárukou efektivního využití pozice asistenta pedagoga. Velmi často se setkáváme s nesprávným nebo nevhodným využitím dalšího pedagogického pracovníka ve třídě a jsou zde určitá rizika a potencionální chyby, které však nejsou výjimkou. Velkým a častým problémem je zvýšení pocitu stigmatizace a sociální izolace žáka, který má podpůrné opatření v podobě pedagogického asistenta (Němec et al. 2014b). To bývá podpořeno špatným využitím asistenta, kdy se stává primárním vzdělavatelem žáka se speciálními vzdělávacími potřebami. V praxi se také často můžeme setkat se špatnou kooperací mezi učitelem a asistentem pedagoga. Tato schopnost záleží na mnoha aspektech: na komunikačních dovednostech, osobnostních sympatiích i na míře společně stráveného času v rámci nepedagogické činnosti. Webster a kol. (2010, In Němec et al. 2014b) uvádí, že většina pedagogů za sebou nemá žádný kurz nebo odbornou přípravu pro spolupráci s druhým pedagogickým pracovníkem ve třídě. Jak vyplývá z výše uvedeného, dovednost úspěšně začlenit asistenta pedagoga, a tedy efektivní spolupráce při výuce, je velmi individuální a rozvoji této oblasti by se měl přikládat velký význam. Začlenění pedagogického asistenta do pedagogického sboru hraje v ukotvení jeho pozice také výraznou roli a měl by být přijat jako rovnocenný a plnohodnotný člen (Němec et al. 2014b). Celému tomuto procesu začlenění pedagogického asistenta i samotného žáka do školy nepomáhá, zastává-li tuto funkci rodinný příslušník daného žáka. Znesnadní to osamostatňování i celkovou efektivitu zavedení této pozice (Uzlová 2010).

Počet pedagogických asistentů v českém školství v posledních letech razantně vzrostl. Podle statistiky MŠMT (Ministerstvo školství 2014) byl ve školním roce 2010/2011 počet asistentů pedagoga v přepočtu na plné úvazky 3619. Podle dalších statistik MŠMT věnujících se finančním prostředkům poskytovaným na asistenty pedagoga je v roce 2018 počet přepočtených úvazků asistenta pedagoga 9100 (Ministerstvo školství, 2018).

## 2.1 Historie profese

Profese pedagogického asistenta se v českém školství vyskytuje poměrně čerstvě. Vzhledem k dnešnímu velkému důrazu na inkluzi stále nabývá na důležitosti a počty pedagogických asistentů v posledních letech rapidně vzrůstají (viz předchozí kapitola). Němec et al. (2014b) uvádí, že v posledních více než dvou desetiletích, po které se můžeme ve školách setkat s touto pozicí, postupně stále dochází k změnám ohledně pracovní náplně asistentů, potřebné kvalifikace i samotného pojmenování pracovníků. Dochází také stále hlouběji k ukotvování jejich pozice na legislativní úrovni.

Asistenti se začali zapojovat do výuky žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v devadesátých letech dvacátého století. Postupný vývoj však nebyl jednotný a práce asistentů se vyvíjela různě u žáků se zdravotním postižením a u žáků se sociálním znevýhodněním. Přijetí Vyhlášky 127/1997 Sb., *o speciálních školách a speciálních mateřských školách* zajistilo vzdělávací činnost dvěma pedagogickými pracovníky u specifických skupin žáků. Byl to tedy počátek výskytu asistentů u žáků se zdravotním postižením. U žáků se sociálním znevýhodněním se začali objevovat již od roku 1993 a jednalo se především o tzv. „romské asistenty“ (*Portál pro školní asistenty a asistenty pedagogů* 2013). K oficiální registraci jejich profese do státem zajišťovaného vzdělávacího systému došlo však až v roce 1998, poté, co MŠMT vydalo dokument „Informace o zřízení funkce romského asistenta v základní a zvláštní škole“ (Němec 2014a). Ke sjednocení pojetí pedagogických asistentů došlo až přijetím nového školského zákona č. 561/2004 Sb. a vyhlášky č. 73/2005 Sb., *o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných* (Němec et al. 2014b). Dnes již tedy legislativně toto dělení neexistuje a pedagogičtí asistenti u žáků se sociálním znevýhodněním i se zdravotním postižením tvoří jednotnou profesi. Němec (2014a) k tomu však dodává, že z pohledu legislativy se sice jedná o totožnou profesi, ale v praxi diferencovanou

systémem financování i odlišnými požadavky na kvalifikaci a náplň práce. Teplá (2015) uvádí, že přijetí nové školské legislativy bylo jedním z nejvýznamnějších kroků zajištění podpůrných personálních služeb.

## 2.2 Náplň práce

Pracovní náplň pedagogických asistentů bývá velmi různorodá. Vzhledem k tomu, že se nejedná o osobního asistenta přiděleného k jednomu žákovi, ale o druhého pedagogického pracovníka ve třídě, nemělo by docházet k situaci, kdy se jeho práce omezuje pouze na práci s žákem se speciálními vzdělávacími potřebami (Uzlová 2010). Němec et al. (2014b) uvádí, že je v současné době tato náplň práce ponechána do značné míry v kompetenci vedoucích pracovníků škol.

Základní činnosti asistenta pedagoga jsou s platností od 1. 9. 2016 definovány vyhláškou č. 27/2016 Sb., *o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných*. Toto legislativní ustanovení k činnostem pedagogických asistentů v §5 uvádí, že pedagogický asistent má poskytovat podporu pedagogovi při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a pracovat podle potřeby s daným žákem nebo i s ostatními žáky. Podle Uzlové (2010) se však často setkáváme s chybnou situací, kdy asistent pedagoga pracuje pouze izolovaně s jedním žákem, kterému se učitel nijak zvlášť nevěnuje. Dále jsou v této vyhlášce konkrétně vyjmenovány hlavní činnosti pedagogického asistenta, kterými jsou: pomoc při výchově a vzdělávání, komunikaci se žáky i rodiči, pomoc v adaptaci na školu a začlenění do kolektivu, nezbytná pomoc při sebeobsluze a pohybu a další činnosti. U žáků a studentů mimořádně nadaných patří mezi doporučené činnosti pedagogického asistenta podíl na organizačním zajištění individuálního vzdělávacího plánu žáka, jako doprovod do jiných škol a odborných zařízení (Teplá 2015).

Formulace náplně práce vychází ze základního ustanovení a doporučení poradenského zařízení a již stanoveného individuálního vzdělávacího programu. Je však nutné brát také ohled na požadavky učitelů, případně i asistentů. Finální návrh by měl být nakonec ještě zkontrolován s příslušným pracovníkem školního poradenského pracoviště a zákonnými zástupci žáka, případně se samotným žákem (Němec et al. 2014b). Pedagogický asistent by pak jako přílohu k pracovní smlouvě měl dostat náplň své práce

v tištěné podobě a s touto náplní práce by měli být seznámeni všichni učitelé, kteří s ním budou spolupracovat (Uzlová 2010).

Nařízení vlády č. 75/2005 Sb., *o stanovení rozsahu přímé vyučovací, přímé výchovné, přímé speciálně pedagogické a přímé pedagogicko-psychologické činnosti pedagogických pracovníků* stanovuje přímou pedagogickou činnost pedagogických asistentů na 20 až 40 hodin týdně. Konkrétní rozsah a podíl nepřímé pedagogické činnosti však není legislativně stanoven a toto rozhodnutí je v kompetenci ředitele školy. Záleží tedy na rozhodnutí vedení školy, ale i na doporučení poradenského zařízení nebo na dalších organizačních okolnostech (*Portál pro školní asistenty a asistenty pedagogů* 2013). Němec et al. (2014b) uvádí, že je vhodné v rámci přímé pedagogické podpory žáků soustředit činnost asistenta na výuku v hlavních vyučovacích předmětech. Podle stejných autorů (Němec et al. 2014b) by měla nepřímá pedagogická činnost optimálně tvořit 20-35 % z úvazku asistenta pedagoga. Ukazuje se totiž, že pro efektivní práci asistenta pedagoga je potřeba určitá míra nepřímé pedagogické činnosti, jako příprava na vyučování, pravidelné konzultace se spolupracujícími učiteli, poskytování organizační podpory, metodické vedení od poradenských pracovníků nebo průběžné získávání informací o potřebách žáků (Němec 2014a).

Teplá (2015) ještě specifikuje činnost asistenta pedagoga z hlediska podílu na běhu školy, kdy je jeho činnost jako pedagogického pracovníka v týmu školy velmi významná. Má svůj pracovní prostor, nahlíží do dokumentace žáků, aktivně pracuje s individuálními vzdělávacími plány žáků, spolupracuje na hodnocení, účastní se třídních schůzek, pedagogických rad i dalších společných akcí školy a dbá o svůj profesionální růst.

Nejen ostatním pracovníkům školy, ale především celému třídnímu kolektivu by měl být asistent řádně představen. Pro zamezení nepochopení ze strany spolužáků je potřeba náležitě vysvětlit jeho roli ve třídě a vymezit jeho postavení. Pokud totiž žákům není tato situace dostatečně objasněna, mohou považovat jeho přítomnost ve třídě za zbytečnou nebo nespravedlivou výhodu žáka se speciálními vzdělávacími potřebami. To může zapříčinit nedůstojné jednání jak vůči asistentovi, tak vůči žákovi samotnému ze strany spolužáků (Uzlová 2010). Pedagogický asistent však podle Jankové a Moravcové (2017) hraje velkou roli i při začleňování žáka s postižením do kolektivu a měl by se podílet

na utváření příjemné třídní atmosféry. Pokud však je jeho postavení již od začátku žáky nerespektováno, utváří to velkou bariéru k naplnění této ideální třídní situace.

### **2.3 Kvalifikační a osobnostní předpoklady**

Pokud pohlížíme na kvalifikační předpoklady pouze z pohledu odborné kvalifikace asistenta pedagoga, přesné požadavky nám udává zákon č. 563/2004 Sb., *o pedagogických pracovnících*. V §20 nalezneme dělení odborných kvalifikací podle zařízení, ve kterém vykonává asistent přímou pedagogickou činnost a v čem tato činnost spočívá.

Pro výkon přímé pedagogické činnosti ve třídě, ve které jsou vzděláváni žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, nebo ve škole zajišťující vzdělávání žáků formou individuální integrace musí mít pedagogický asistent střední vzdělání s maturitou a odpovídající pedagogické vzdělání, tedy ze střední školy, vyšší odborné školy, vysoké školy zaměřené na pedagogiku, nebo kvalifikačního kurzu pro asistenta pedagoga (Zákon č. 563/2004 Sb.).

Asistent vykonávající přímou pedagogickou činnost spočívající v pomocných výchovných pracích ve škole nebo ve školském zařízení získává odbornou kvalifikaci buď shodně s výše uvedenými podmínkami, nebo i středním vzděláním s výučním listem nebo základním vzděláním pod podmínkou absolvování kvalifikačního kurzu pro pedagogické asistenty (Zákon č. 563/2004 Sb.). Němec (2014a) však připomíná nejasnost, která z těchto podmínek vyplývá, a to v neupřesněném pojmu „pomocné výchovné práce“. Žádný legislativní dokument totiž nespecifikuje, o jaký typ prací se jedná.

Zákon č. 563/2004 Sb. udává i obecné předpoklady pro práci asistenta pedagoga. Vyžaduje plnou způsobilost k právním úkonům, odbornou kvalifikaci pro přímou pedagogickou činnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a prokazatelnou znalost českého jazyka.

Odborná kvalifikace je jednoznačně určena zákonnou normou, ale požadavky na osobnostní předpoklady jsou vyžadovány spíše v obecné rovině mravní (Teplá 2015). Němec et al. (2014b) klade v obecné rovině na kvalifikaci asistenta a jeho předpoklady pro výkon profese pět základních požadavků, kdy by asistent měl: mít pozitivní vztah k žákům; mít vzdělání a znalosti odpovídající činnosti, které od něj budou vyžadovány;

být trpělivý; být empatický k potřebám žáků se speciálními vzdělávacími potřebami; být připraven se dále vzdělávat. Trpělivost kladou do popředí Janková a Moravcová (2017), hovoříme-li o žácích se speciálními vzdělávacími potřebami. Uzlová (2010) považuje u této profese za důležité, aby se jednalo o motivovaného člověka, který je, vedle již zmíněného, flexibilní, komunikativní, tvořivý, spolehlivý, vstřícný a důsledný. Zda asistent splňuje tyto základní požadavky a požadavky odpovídající specifikům žáka, kterému je přiřazen do třídy, by mělo vedení ověřit při pohovoru a při zapojení asistenta do života školy na zkoušku (Němec et al. 2014b). Němec (2014a) uvádí mezi nejdůležitější vlastnosti asistentů kladný vztah k žákům, trpělivost, empatii a komunikativnost.

Stejně jako všichni pedagogičtí pracovníci má i asistent pedagoga velkou zodpovědnost za výchovu žáků a vychovává i osobním příkladem a životním stylem. Teplá (2015) s ohledem na tento faktor přidává další elementární charakteristiky, které by měla zahrnovat pozitivní a vyrovnaná osobnost pedagogického asistenta: tvořivost, schopnost pracovat v týmu, trpělivost, laskavost, optimismus, smysl pro humor, umění operativně řešit problémy, péče o vlastní zevnějšek a mnoho dalších.

Tyto osobnostní předpoklady jsou však pouhým ideálem a v praxi se s takto vhodným kandidátem téměř nesetkáme. Důležité je, aby asistent byl schopen efektivní práce a jeho práce přinášela pozitivní výsledky. Pokud bychom však měli vybrat nejdůležitější kritéria, která by měl asistent splňovat, zatímco ředitelé, učitelé a asistenti kladou největší důraz na dostatečné vzdělání a znalosti, u samotných žáků se speciálními vzdělávacími potřebami jednoznačně vychází jako nejdůležitější faktor kladného vztahu k žákům (Němec et al. 2014b).

## **2.4 Kvalifikační kurzy**

Specifické vzdělávací kurzy začala připravovat občanská sdružení v reakci na novou možnost zřizovat funkci romských asistentů. Tato příprava tedy začala ještě před účinností zákona č. 563/2004 Sb., který oficiálně zavedl pozici pedagogického asistenta. Například sdružení Nová škola zavedlo již v roce 1996 72hodinový kurz pedagogického minima (Teplá 2015).



Vedle středoškolského nebo vysokoškolského vzdělání zaměřeného na pedagogiku může asistent získat potřebnou kvalifikaci i absolvováním speciálního kvalifikačního kurzu pro asistenty pedagoga. Rámcovou podobu tohoto kvalifikačního studia pro pedagogické asistenty udává vyhláška č. 317/2005 Sb., *o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků*. V § 4 je specifikováno, že studiem pro asistenty pedagoga získává absolvent znalosti a dovednosti v oblasti pedagogických věd, které jsou součástí jeho odborné kvalifikace. Dále podmiňuje toto studium minimální délkou trvání 120 vyučovacích hodin a ukončením závěrečnou zkouškou před komisí. Studium se má uskutečňovat v zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků a po úspěšném složení získává absolvent osvědčení.

Němec (2014a) připomíná vznikající nejasnosti týkající se kvalifikačních kurzů pro pedagogické asistenty. Legislativa totiž rozlišuje „studium pedagogiky“ a „studium pro asistenty pedagoga“ lišící se především rozsahem. Podle Standardů pro udělování akreditací DVPP (MŠMT 2005, In Němec 2014a) má „studium pedagogiky“ rozsah 80 hodin a „studium pro asistenty pedagoga“ 120 hodin, z čehož 40 hodin tvoří praxe. Pro výkon funkce pedagogického asistenta musí zájemce se základním vzděláním absolvovat „studium pro asistenty pedagoga“. Zájemce se středoškolským a vyšším vzděláním může pro potřebnou kvalifikaci absolvovat libovolné studium z těchto dvou. Studium pro asistenty pedagoga je ukončeno testovou zkouškou po splnění teoretické části a po absolvování praxí musí student obhájit závěrečnou práci (Uzlová 2010).

Pokud se stane, že pedagogický asistent nesplňuje požadavky na odbornou kvalifikaci, měl by mu ředitel zajistit studium v akreditovaném vzdělávacím programu příslušného obsahu i rozsahu. Dále by mu měl v rámci celoživotního vzdělávání nabídnout možnost účasti v dostupných kurzech, odborných seminářích, konferencích a dalších vhodných vzdělávacích aktivitách (Teplá 2015).

Celá profesní kariéra pedagogických asistentů by měla být provázena metodickým vedením a účastí na kurzech dalšího vzdělávání. Důležité je, aby se asistent průběžně dovzdělával touto formou především v začátcích výkonu své práce (Němec et al. 2014b). Němec (2014a) také klade velký důraz na ohleduplnost ostatních pedagogických pracovníků, protože velké množství asistentů nastupuje na tuto pozici bez předchozích zkušeností. Často

nemají zkušenost ani s pedagogickou prací a fungováním škol obecně. Toto další vzdělávání by se u pedagogických asistentů mělo zaměřovat především na poznatky ze speciální pedagogiky a na tzv. „měkké dovednosti“, jako je týmová práce, komunikace nebo empatie. Ředitelé škol však často zpochybňují účast pedagogických asistentů na kurzech dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků z důvodů možného krátkého setrvání asistentů v profesi (Němec et al. 2014b).

Velkou a důležitou oblastí poskytující vzdělávání a potřebné informace pedagogickým asistentům je metodické vedení, které by měli zajišťovat především učitelé, pracovníci školního poradenského pracoviště (školní speciální pedagog, výchovný poradce, psycholog, metodik prevence) nebo pracovníci školského poradenského zařízení (Němec et al. 2014b). Nejedná se sice již přímo o vzdělávání v rámci kurzu, ale hraje velmi důležitou roli v komplexním vzdělání pedagogických asistentů. Teplá (2015, s. 61) popisuje metodickou podporu jako podporu *„zaměřenou na úspěšné zvládnutí povinností pedagogického asistenta ve vztahu k dítěti, žákovi nebo studentovi se speciálními vzdělávacími potřebami, k jeho zákonným zástupcům a k týmu spolupracovníků i dalších odborníků“*. Ředitel školského zařízení by měl hned při nástupu asistentovi určit supervizora, což by měl být zkušený týmový kolega, který asistentovi poskytne v průběhu celého školního roku metodickou podporu a vedení (Teplá 2015). Pokud by tedy pedagogický asistent zaznamenal možný výskyt syndromu CAN, měl by se obrátit na svého kolegu z řad těchto pracovníků. Může se obrátit na učitele, s nímž spolupracuje v třídě s daným žákem, na pracovníka školního poradenského pracoviště nebo na vedení školy. Důležité je, aby věděl, že se má na koho obrátit a nezískal dojem, že se s problémem musí vypořádat sám. To by mohlo vést k amatérským krokům špatným směrem a mohl by tak napáchat více škody.

### **3 Cíl práce a výzkumné otázky**

#### **3.1 Cíl práce**

Cílem práce je zmapovat, jak jsou pedagogičtí asistenti působící na základních školách informováni o problematice syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Výzkum je zaměřen na základní znalosti syndromu CAN a orientaci v systému podpory, který by měl být asistentům pedagoga při podezření na výskyt syndromu CAN dostupný.

#### **3.2 Výzkumné otázky**

Cíl práce je dále rozpracován na 4 základní výzkumné otázky:

1. Mají AP (asistenti pedagoga) znalosti v oblasti teorie syndromu CAN a jeho forem?
2. Orientují se AP v rizikových faktorech syndromu CAN?
3. Znájí AP symptomy, které můžeme pozorovat u dítěte při výskytu syndromu CAN?
4. Vědí AP, jak postupovat při detekci známek syndromu CAN a mají základní povědomí o krizové intervenci?

## **4 Metodologie a výzkumný soubor**

### **4.1 Metodologie**

V praktické části bakalářské práce byl proveden kvantitativní výzkum, metoda dotazování, technika dotazníku (Punch 2008). Dotazníky byly sestaveny na základě analýzy problematiky a byly zaměřeny na vědomosti respondentů a jejich subjektivní hodnocení a zkušenost. Vzhledem k nízké ochotě spolupráce škol při poskytnutí dotazníků v tištěné podobě, byly dotazníky poskytnuty jak v tištěné podobě, tak majoritně v elektronické podobě. Elektronické dotazníky byly šířeny přes internetové skupiny určené pedagogickým asistentům i přes kontaktní osoby – vedení škol prostřednictvím e-mailové komunikace. Sběr dat probíhal od ledna 2018 do dubna 2018.

Dotazník obsahoval 24 otázek, z čehož 5 otázek bylo identifikačních (otázky A), 4 otázky byly zaměřené na osobní zkušenost a subjektivní pohled (otázky B) a 15 otázek (otázky C) zjišťovalo znalosti pedagogických asistentů problematiky syndromu CAN a krizové intervence při podezření. Dotazník se skládal ze 17 uzavřených, 4 otevřených a 3 polouzavřených otázek.

Znalostní test (otázky C) tvořilo 15 otázek zaměřených na samotné znalosti. Tato část dotazníku má formu písemné zkoušky a pokrývá 4 oblasti odpovídající výzkumným otázkám: Syndrom CAN a jeho formy; Rizikové faktory syndromu CAN; Příznaky výskytu syndromu CAN; Krizová intervence při výskytu syndromu CAN. Odpovědi na každou otázku znalostního testu bylo možné získat max. 10 bodů a celkem tak mohl asistent získat 150 bodů. Počet získaných bodů byl následně převeden na procentuální úspěšnost, tedy procento získaných bodů. Následné vyhodnocení výsledků popisuje jak samotný výskyt odpovědí na jednotlivé otázky, tak celkové vyhodnocení úspěšnosti odpovědí na jednotlivé otázky, i v kontextu celých oblastí a celého testu.

Vyhodnocení dotazníků probíhalo analýzou a syntézou dat prostřednictvím programu Microsoft Office Excel 2016.

## **4.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkum byl zaměřen na zjištění informovanosti pedagogických asistentů základních škol v České republice, bez omezení na konkrétní region. Dle výsledků se dotazníkového šetření zúčastnilo 120 pedagogických asistentů z celkem 13 krajů (jen Karlovarský kraj nebyl zastoupen). Žádný dotazník nebyl z výzkumu vyřazen a do závěrečného vyhodnocování bylo použito 120 validních dotazníků.

## 5 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky dotazníků jsou kategorizovány do 3 skupin. První skupinou jsou identifikační otázky s označením A, které specifikují výzkumný soubor. Druhou skupinu tvoří otázky ohledně zkušeností a subjektivního hodnocení, které nesou označení B. Poslední skupina výsledků vyhodnocuje otázky značené písmenem C, které se zabývají znalostmi pedagogických asistentů a které tvoří odpovědi na výzkumné otázky.

### 5.1 Identifikační otázky

#### Otázka A1: Pohlaví

Tato položka dotazníku se zajímala o pohlaví dotazovaných pedagogických asistentů. V dotazníku se jednalo o uzavřenou dichotomickou otázku, kde na výběr byly varianty *žena* a *muž*. Genderovou příslušnost popisuje tabulka č. A1.1, ze které lze vyčíst, že pouhých 5 % dotazovaných byli *muži*. Toto číslo však vzhledem k charakteru povolání není překvapující. Výsledek odpovídá poměru vyskytujícímu se v profesi pedagogických asistentů.

pohlaví	počet AP	% AP
žena	114	95,00 %
muž	6	5,00 %

Tabulka č. A1.1 – pohlaví

#### Otázka A2: Věk

Otázka č. A2 se zabývala věkem respondentů a měla podobu otevřené otázky. Respondenti tedy pouze číselně vepsali svůj věk. Při vyhodnocování byly vytvořeny 4 věkové kategorie, do kterých byli následně asistenti zařazeni. Roztřídění věkových kategorií a četnost jejich zastoupení mezi respondenty znázorňuje tabulka č. A2.1. Nejčetnější zastoupení získala kategorie *20-25 let*, ostatní kategorie pod 50 let byly téměř vyrovnané. *Nad 50 let* bylo pouze 7 asistentům.

Nejmłodšímu respondentovi bylo 20 let a nejstaršímu 64. Průměr věku všech asistentů odpovídal číslu 33 a medián měl hodnotu 29,5.

věk	počet AP	% AP
20-25	42	35,00 %
26-35	35	29,17 %
36-50	36	30,00 %
nad 50	7	5,83 %

*Tabulka č. A2.1 - věk*

### **Otázka A3: Kraj Vašeho působení**

Místo působení pedagogických asistentů bylo zjišťováno dotazníkem v podobě uzavřené výběrové otázky č. A3. Na výběr bylo ze všech 14 krajů České republiky. Zastoupení jednotlivých krajů znázorňuje tabulka č. A3.1, ze které lze vyčíst, že největší část asistentů (30 %) působí v *Praze*. Nad 10 asistentů pak vykonává profesi v *Ústeckém*, *Jihomoravském*, *Středočeském* nebo *Moravskoslezském kraji*. Jediný kraj, který nebyl v dotaznících zastoupen ani jedním asistentem je *Karlovarský kraj*.

kraj	počet AP	% AP
Hlavní město Praha	36	30,00 %
Ústecký kraj	16	13,33 %
Jihomoravský kraj	14	11,67 %
Středočeský kraj	13	10,83 %
Moravskoslezský kraj	10	8,33 %
Olomoucký kraj	7	5,83 %
Královéhradecký kraj	5	4,17 %
Jihočeský kraj	4	3,33 %
Pardubický kraj	4	3,33 %
Zlínský kraj	4	3,33 %
Plzeňský kraj	2	1,67 %
Liberecký kraj	3	2,50 %
Kraj Vysočina	1	0,83 %
Karlovarský kraj	0	0,00 %

*Tabulka č. A3.1 – kraj*

#### Otázka A4: Jak dlouho pracujete jako asistent(ka) pedagoga?

Otázka A4 měla formu uzavřené výběrové otázky s 5 možnými variantami. Časová období výkonu povolání byla rozdělena do kategorií, které jsou znázorněny v tabulce č. A3.1. Z téže tabulky můžeme vyčíst, že kategorie *půl roku až rok*, *1-2 roky* a *2-5 let* získaly podobné zastoupení přes 25 % asistentů. Nejmenší skupinou, do které spadalo pouze 7 asistentů, byla varianta *více než 5 let*. Více než 80 % asistentů tak asistuje půl roku až 5 let a nadpoloviční většina alespoň déle než jeden rok. Jen 14 asistentů působí v profesi úplně čerstvě *méně než půl roku*.

dobu výkonu profese	počet AP	% AP
méně než půl roku	14	11,67 %
půl roku až rok	33	27,50 %
1-2 roky	34	28,33 %
2-5 let	32	26,67 %
více než 5 let	7	5,83 %

Tabulka č. A4.1 – doba výkonu profese

#### Otázka A5: Jaká je Vaše kvalifikace pro výkon práce asistenta pedagoga?

Jak jsou respondenti kvalifikováni pro výkon své práce zjišťovala otázka č. A5. Otázka měla v dotazníku podobu polouzavřené otázky, kdy asistenti mohli vedle vyjmenovaných variant uvést další možnost, pokud nespádali ani do jedné skupiny. Při vyhodnocování byly tyto odpovědi roztrženy do již existujících skupin s upravením jejich kritérií a byly vytvořeny potřebné další kategorie. Výsledně jejich kvalifikaci shrnuje tabulka č. A5.1. Největší část respondentů (téměř 40 %) má vystudovanou *vysokou školu nebo vyšší odbornou školu s pedagogickým zaměřením*. Druhou nejčetnější skupinou je *střední škola nepedagogická spolu s kurzem pro asistenty pedagoga*. Nad 10 asistentů pak odpovídalo kategoriím *pedagogické SŠ s maturitou* a *nepedagogické VŠ/VOŠ spolu s kurzem pro asistenty pedagoga*. 4 asistenti odpověděli, že *nemají odpovídající vzdělání* a dalších 7 si *doplňuje vzdělání buď studiem VŠ nebo účastí na kurzu pro pedagogické asistenty*. Celkem tedy 11 asistentů dosud nemá odpovídající kvalifikaci pro výkon dané profese.



dosažená kvalifikace	počet AP	% AP
VŠ/VOŠ s pedagogickým zaměřením	47	39,17 %
SŠ nepedagogická + kurz pro AP	28	23,33 %
VŠ/VOŠ jiná + kurz pro AP	17	14,17 %
pedagogická SŠ s maturitou	11	9,17 %
studuje pedagogické VŠ (bez odpovídající kvalifikace)	6	5,00 %
SŠ bez maturity + kurz pro AP	4	3,33 %
bez odpovídající kvalifikace	4	3,33 %
SŠ/VOŠ sociálně-právní (zaměření na práci AP)	2	1,67 %
momentální účast na kurzu pro AP (bez odpovídající kvalifikace)	1	0,83 %
základní vzdělání + kurz pro AP	0	0,00 %

*Tabulka č. A5.1 - kvalifikace*

## 5.2 Zkušenosti a subjektivní hodnocení

Tato skupina otázek zjišťovala osobní zkušenost s výskytem syndromu CAN ve škole v době působení asistentů a subjektivní hodnocení. Respondenti měli ohodnotit vlastní znalosti problematiky, důležitost těchto znalostí a kvalitu přípravy v rámci jejich vzdělávání. Celá tato skupina otázek má spíše orientační charakter a pro zodpovězení výzkumných otázek není podstatná.

### **Otázka B1: Obodujte své znalosti problematiky syndromu CAN. (Vaše subjektivní hodnocení)**

Položka dotazníku č. B1 byla uzavřená škálová otázka, ve které byla stanovena hodnotící škála 1-5. Hodnota 5 znamenala nejlepší výsledek, tedy největší znalosti, nejnižší hodnota 1 pak znamenala nejmenší znalosti problematiky. O významu krajních hodnot škály byli asistenti dostatečně informováni, tudíž nemohlo dojít ke špatnému výkladu a zkreslení výsledků. Tabulka č. B1.1 znázorňuje subjektivní hodnocení podle četnosti výskytu jednotlivých hodnot škály. Většina asistentů hodnotí své znalosti problematiky syndromu CAN jako průměrné. Téměř 25 % je hodnotí jako lehce nadprůměrné a součtem nejnižšího a druhého nejnižšího hodnocení se dostaneme také na čtvrtinu respondentů. Pouze 10 hodnotí své znalosti jako maximální. Průměr hodnot této otázky odpovídá hodnotě 3,03 a medián má hodnotu 3.

hodnocení	počet AP	% AP
5	10	8,33 %
4	28	23,33 %
3	52	43,33 %
2	16	13,33 %
1	14	11,67 %

*Tabulka č. B1.1 – četnost hodnocení*

**Otázka B2: Obodujte důležitost znalosti syndromu CAN ve Vašem povolání. (Vaše subjektivní hodnocení)**

Otázka B2 zkoumala hodnocení asistentů ohledně důležitosti znalosti oblasti syndromu CAN v jejich profesi. Hodnocení mělo opět podobu škály, ve které hodnota 5 znamenala maximální důležitost a hodnota 1 naopak nejmenší důležitost. Z tabulky č. B2.1, která shrnuje výsledky této otázky, vyplývá, že většina asistentů považuje tyto znalosti za velmi důležité. 45 % respondentů klade maximální důraz na tyto znalosti. Celkem více než 3/4 pak ohodnotily hodnotou odpovídající nadprůměru. Pouze cca 7 % nepovažuje orientaci v této oblasti za důležitou. Objektivně tak sami asistenti považují vlastní informovanost problematiky syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte za velmi podstatnou a důležitou. Průměr odpovědí všech respondentů odpovídá hodnotě 4,12 a medián se rovná hodnotě 4.

hodnocení	počet AP	% AP
5	54	45,00 %
4	39	32,50 %
3	18	15,00 %
2	5	4,17 %
1	4	3,33 %

*Tabulka č. B2.1 – četnost hodnocení*

**Otázka B3: Obodujte kvalitu Vaší přípravy (v rámci kvalifikačního kurzu či pedagogického vzdělání) v oblasti problematiky syndromu CAN. (Vaše subjektivní hodnocení)**

Třetí škálová otázka sledovala hodnocení asistentů kvality přípravy v oblasti problematiky syndromu CAN. Hodnota 5 znamenala nejkvalitnější přípravu a hodnota 1 naopak nejméně kvalitní. Odpovědi byly v této otázce poměrně vyrovnané v kategorii 1 - 4. Hodnotu 5 však zvolilo pouze 6 asistentů. Celkově jako nadprůměrně kvalitní svou přípravu označovalo 30 asistentů (25 %). Za podprůměrnou pak dohromady sečtením odpovědí s hodnotou 2 a 1 považovalo svou přípravu 56 asistentů (tedy téměř 50 %). V této otázce byl průměr hodnot odpovědí 2,59 a medián odpovídal hodnotě 3.

hodnocení	četnost odpovědi	četnost odp. v %
5	6	5,00 %
4	24	20,00 %
3	34	28,33 %
2	27	22,50 %
1	29	24,17 %

*Tabulka č. B3.1 – četnost hodnocení*

**Otázka B4: Setkal(a) jste se někdy ve škole s dítětem se syndromem CAN?**

Otázka B4 zjišťovala osobní zkušenost pedagogických asistentů s výskytem syndromu CAN ve škole. V dotazníku se jednalo o uzavřenou dichotomickou otázku, na kterou mohli asistenti odpovědět *ano*, pokud se setkali s dítětem se syndromem CAN, nebo *ne*, pokud nikoliv. Výsledky znázorňuje tabulka č. B4.1. Více než třetina odpověděla, že se s takovým dítětem ve škole setkala. To potvrzuje, že se asistenti s touto problematikou mohou setkat a sami tak mohou být aktivními činiteli v procesu detekce syndromu CAN.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
ne	79	65,83 %
ano	41	34,17 %

*Tabulka č. B4.1 – četnost odpovědí*

## 5.3 Výsledky znalostního testu

### 5.3.1 Syndrom CAN a jeho formy

**Otázka C1: Co z uvedeného se podle Vás řadí pod pojem syndrom CAN? (více možných odpovědí)**

Otázka C1 je uzavřenou výčtovou otázkou, ve které měli respondenti na výběr z 10 variant. Správně měli zvolit všech 10 odpovědí. Zastoupení jednotlivých možností v odpovědích respondentů shrnuje tabulka č. C1.1 Z těchto čísel vyplývá, že většina dotazovaných považuje za formu syndromu CAN *psychické a fyzické týrání, sexuální zneužívání a psychické i fyzické zanedbávání*. Většina však neví, že do této problematiky spadá i *šikana, sekundární viktimizace, Münchhausenův syndrom v zastoupení, sexuální turistika a exhibicionismus*. Základní kategorie tedy respondenti v zásadě vybrali, ale ve specifických formách a podobách syndromu CAN mají nedostatky.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
psychické týrání	118	98,33 %
fyzické týrání	115	95,83 %
sexuální zneužívání	109	90,83 %
psychické zanedbávání	102	85,00 %
fyzické zanedbávání	96	80,00 %
šikana	50	41,67 %
sekundární viktimizace	49	40,83 %
Münchhausenův syndrom v zastoupení	28	23,33 %
sexuální turistika	18	15,00 %
exhibicionismus	15	12,50 %

Tabulka č. C1.1 – četnost odpovědí

Asistenti v této otázce mohli získat za každou zvolenou odpověď jeden bod. Počet zvolených odpovědí a tedy i získaných bodů znázorňuje tabulka č. C1.2. Většina asistentů vybrala 5 až 7 odpovědí. Nejmenší počet odpovědí byl 1, tedy žádný asistent nezískal 0 bodů.

počet bodů	počet AP
10	5
9	4
8	9
7	19
6	37
5	27
4	7
3	10
2	1
1	1

Tabulka č. C1.2 – body

dosažený výsledek	počet AP	% AP
100 %	5	4,17 %
70 %	32	26,67 %
50 %	64	53,33 %
pod 50 %	19	15,83 %
0 %	0	0,00 %

Tabulka č. C1.3 - úspěšnost

Celkové skóre dosažené v této otázce, a tedy i úspěšnost, popisuje tabulka č. C1.3. Pouhých 5 asistentů, tedy 4,17 % dosáhlo 100 % úspěšnosti. Většina pak dosáhla výsledku mezi 50 % a 70 %.

#### Otázka C2: O sexuálním zneužívání platí: (více možných odpovědí)

Otázka C2 má podobu uzavřené výčtové otázky, kde byly na výběr celkem 4 odpovědi. Správné odpovědi byly 2: a) *sexuálně zneužití děti často kreslí lidskou postavu nahou*; b) *děti s mentálním postižením často samy nevědí, že se staly obětí sexuálního zneužití*. Špatnou odpověď byly: c) *sekundární viktimizací (druhotným zneužíváním) se myslí opakované sexuální zneužívání*; d) *pachatelem sexuálního zneužití bývá nejčastěji neznámá osoba*. Četnost zvolení jednotlivých odpovědí popisuje tabulka č. C2.1. Kromě 6 asistentů všichni správně zvolili variantu b) a polovina asistentů vybrala správně odpověď a).

odpověď	četnost odpovědí	četnost odp. v %
b)	114	95,00 %
a)	60	50,00 %
c)	21	17,50 %
d)	4	3,33 %

Tabulka č. C2.1 – četnost odpovědí

počet bodů	počet AP
10	45
5	52
0	23

Tabulka č. C2.2 – body

V této otázce mohli asistenti získat 10 bodů při správném zvolení obou správných odpovědí a 5 bodů při zvolení pouze jedné z nich. Bodové ohodnocení je shrnuto v tabulce č. C2.2 a celkovou úspěšnost znázorňuje tabulka č. C2.3.

dosažený výsledek	počet AP	% AP
100 %	45	37,50 %
70 %	0	0,00 %
50 %	52	43,33 %
pod 50 %	0	0,00 %
0 %	23	19,17 %

*Tabulka č. C2.3 – úspěšnost*

**Otázka C3: Určete platnost tvrzení: Vedle duševního a citového týrání, zneužívání a zanedbávání lze i u fyzického rozlišovat aktivní a pasivní formu.**

Třetí otázka znalostního testu zjišťovala znalosti ohledně rozdělení syndromu CAN na aktivní a pasivní formu. V dotazníku měla podobu uzavřené trichotomické otázky, která se ptala na platnost uvedeného tvrzení. Respondenti mohli odpovědět *ano*, *ne* nebo *nevím*. Správná odpověď byla *ano*. Četnost jednotlivých odpovědí je shrnuta v tabulce č. C3.1. Z těchto čísel vyplývá, že téměř 30 % asistentů neví o rozlišování aktivní a pasivní podoby tělesných forem syndromu CAN. Většina však v této otázce uspěla.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
ano	87	72,50 %
ne	12	10,00 %
nevím	21	17,50 %

*Tabulka č. C3.1 – četnost odpovědí*

počet bodů	počet AP
10	87
0	33

*Tabulka č. C3.2 – body*

Maximální počet bodů 10 v této otázce získali všichni ti, kteří odpověděli správně. Za zbylé 2 odpovědi asistenti nezískali žádné body. Bodové ohodnocení popisuje tabulka č. C3.2.

Z tabulky č. C3.2 vyplývající úspěšnost shrnuje tabulka č. C3.3. 72,5 % asistentů odpovědělo správně a dosáhlo tak 100 % úspěšnosti. Vzhledem k jednoznačnosti správné odpovědi mohli asistenti dosáhnout pouze 100 % nebo 0 % úspěšnosti.

dosažený výsledek	počet AP	% AP
100 %	87	72,50 %
70 %	0	0,00 %
50 %	0	0,00 %
pod 50 %	0	0,00 %
0 %	33	27,50 %

*Tabulka C3.3 - úspěšnost*

#### **Otázka C4: Kontaktní sexuální zneužívání zahrnuje: (více možných odpovědí)**

Položka C4 měla v dotazníku podobu uzavřené výčtové otázky. Na výběr měli asistenti 6 možností a správně měli vybrat 4 z nich: *laskání prsou, laskání pohlavních orgánů dítěte, pohlavní styk, orální sex*. Správně tedy měly zbýt odpovědi: *exhibicionismus* a *pořizování pornografických fotografií*, které samy o sobě spadají do kategorie nekontaktního sexuálního zneužívání. Četnost zvolení jednotlivých odpovědí popisuje tabulka č. C4.1. Správné odpovědi tedy byly zvoleny naprostou většinou asistentů. Zároveň však třetina ve své odpovědi vybrala špatnou odpověď pořizování pornografických fotografií a téměř 25 % uvedlo exhibicionismus.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
laskání pohlavních orgánů dítěte	113	94,17 %
orální sex	113	94,17 %
pohlavní styk	112	93,33 %
laskání prsou	108	90,00 %
pořizování pornografických fotografií	40	33,33 %
exhibicionismus	28	23,33 %

*Tabulka č. C4.1 – četnost odpovědí*

Při vyhodnocení této otázky mohli asistenti dosáhnout plného počtu bodů při výběru všech čtyř správných odpovědí. 5 bodů získali ti asistenti, kteří zvolili 3 ze 4 správných odpovědí. Žádné body nezískali asistenti, kteří buď v odpovědi uvedli některou ze špatných odpovědí, nebo uvedli pouze 2 ze 4 správných. Bodové ohodnocení lze vyčíst z tabulky č. C4.2.

Z hlediska úspěšnosti a dosaženého skóre asistenti v této otázce mohli dosáhnout 100% úspěšnosti, 50% úspěšnosti nebo 0% úspěšnosti. Výsledně plně uspělo cca 55 % asistentů, avšak naprostého neúspěchu se dostalo cca 40 % respondentů, přestože správné

odpovědi zvolila naprostá většina (viz tabulka č. C4.1). Neúspěch tedy pramení primárně ze zvolení nedostatečného množství správných odpovědí a ze zvolení správných odpovědí zároveň s některou špatnou.

počet bodů	počet AP
10	67
5	4
0	49

Tabulka č. C4.2 – body

dosažený výsledek	počet AP	% AP
100 %	67	55,83 %
70 %	0	0,00 %
50 %	4	3,33 %
pod 50 %	0	0,00 %
0 %	49	40,83 %

Tabulka č. C4.3 - úspěšnost

#### Otázka C5: Jaký je přibližný roční výskyt syndromu CAN z celkové dětské populace v ČR? (jedna možná odpověď)

Otázka č. C5 byla zaměřena na četnost výskytu syndromu CAN. Měla podobu uzavřené výběrové otázky. Správně měli asistenti zvolit variantu *kolem 1 %*. Četnost odpovědí znázorňuje tabulka C5.1, ve které můžeme pozorovat, že pouze 1/6 asistentů odpověděla správně. Největší část asistentů (cca 52 %) zvolilo odpověď *kolem 5 %*. Překvapivě vysoké procento asistentů však také odpovědělo *kolem 10 %*, což je již číslo výrazně odchýlené od správného.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
kolem 1 %	20	16,67 %
kolem 5 %	62	51,67 %
kolem 10 %	34	28,33 %
kolem 15 %	4	3,33 %

Tabulka č. C5.1 – četnost odpovědí

počet bodů	počet AP
10	20
5	62
0	38

Tabulka č. C5.2 – body

V této otázce získali 10 bodů všichni respondenti, kteří správně odpověděli *kolem 1 %*. Vzhledem k orientačnímu charakteru otázky byla částečně uznávána i odpověď *kolem 5 %*, za které asistenti mohli získat 5 bodů. Bodový zisk je shrnut v tabulce č. C5.2.

Úspěšnost v této otázce popisuje tabulka č. C5.3. 100 % výsledku dosáhla již zmíněná 1/6 asistentů. Polovina respondentů dosáhla 50% úspěšnosti a přes 30 % v této otázce neuspělo.



dosažený výsledek	počet AP	% AP
100 %	20	16,67 %
70 %	0	0,00 %
50 %	62	51,67 %
pod 50 %	0	0,00 %
0 %	38	31,67 %

Tabulka č. C5.3 - úspěšnost

### 5.3.2 Rizikové faktory syndromu CAN

**Otázka C6: Určete platnost tvrzení: Pachatelé týrání, zneužívání a zanedbávání dětí se stávají stejně často muži i ženy.**

První otázka této oblasti zjišťovala znalosti ohledně pohlaví pachatelů syndromu CAN. V dotazníku měla podobu uzavřené trichotomické otázky, která se ptala na platnost uvedeného tvrzení. Respondenti mohli odpovědět *ano*, *ne* nebo *nevím*. Správná odpověď byla *ne*. Kromě zanedbávání se stávají častěji pachatelé muži a stejně tak ve výsledném poměru. Četnost jednotlivých odpovědí je shrnuta v tabulce č. C6.1. Pouze 34 % asistentů odpovědělo správně a čtvrtina zvolila odpověď *nevím*.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
ne	41	34,17 %
ano	49	40,83 %
nevím	30	25,00 %

Tabulka č. C6.1 – četnost odpovědí

počet bodů	počet AP
10	41
0	79

Tabulka č. C6.2 – body

Maximální počet bodů získali respondenti, kteří zvolili správnou odpověď *ne*. Žádná odpověď nebyla vzhledem k typu otázky považována za částečně správnou a respondent tak mohl buď získat plný počet bodů, nebo žádné body. Bodové ohodnocení nalezneme v tabulce č. C6.2. Z tabulky vidíme, že v této otázce cca 2/3 respondentů nezískalo žádné body a neodpovědělo správně.

Dosažené skóre znázorňuje tabulka č. C6.3. V této otázce asistenti mohli dosáhnout buď 100 % nebo 0 % úspěšnosti.

dosažený výsledek	počet AP	% AP
100 %	41	34,17 %
70 %	0	0,00 %
50 %	0	0,00 %
pod 50 %	0	0,00 %
0 %	79	65,83 %

*Tabulka č. C6.3 - úspěšnost*

**Otázka C7: Určete platnost tvrzení: Ve více než 50 % případů sexuálního zneužívání se jedná o pachatele, který je součástí rodiny.**

Sedmá položka znalostního testu v dotazníku měla podobu uzavřené trichotomické otázky. Stejně jako v předchozí otázce mohli respondenti odpovědět *ano*, *ne* nebo *nevím*. Asistenti měli určit pravdivost tvrzení. Správnou odpovědí byla odpověď *ano*. V tabulce č. C7.1 najdeme zakreslené četnosti jednotlivých odpovědí. Naprostá většina (95 %) respondentů odpovědělo v této otázce správně. Zároveň vidíme, že nikdo z dotazovaných neodpověděl špatně *ne*, pouze 6 z nich uvedlo, že *nevím*.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
ano	114	95,00 %
ne	0	0,00 %
nevím	6	5,00 %

*Tabulka č. C7.1 – četnost odpovědí*

počet bodů	počet AP
10	114
0	6

*Tabulka č. C7.2 – body*

Tabulka č. C7.2 shrnuje bodové ohodnocení této otázky. Asistenti mohli získat plný počet bodů (10) a v případě špatné odpovědi, nebo odpovědi „nevím“ nezískali žádné body.

Úspěšnost vyplývající z bodového ohodnocení je zakreslena v tabulce č. C7.3. V celém znalostním testu dotazníku se jednalo o druhou nejúspěšnější otázku s největším počtem správných odpovědí.

dosažený výsledek	počet AP	% AP
100 %	114	95,00 %
70 %	0	0,00 %
50 %	0	0,00 %
pod 50 %	0	0,00 %
0 %	6	5,00 %

*Tabulka č. C7.3 – úspěšnost*

**Otázka C8: Napište alespoň 2 skupiny dětí, které jsou více ohrožené a stávají se snadnějším cílem sexuálního zneužívání**

Otázka C8 měla podobu otevřené otázky. Respondenti měli napsat 2 skupiny dětí, které se stávají častěji objekty syndromu CAN. Při vyhodnocování byly jednotlivé odpovědi kategorizovány do skupin odpovědí, které si byly nejbližší. Tabulka č. C8.1 znázorňuje četnost jednotlivých odpovědí, nebo odpovědí, které si jsou významově blízké a bylo možné je tedy zařadit do jedné skupiny. V tabulce jsou seřazeny podle četnosti odpovědí, a na konec jsou zařazeny 2 kategorie, které neodpovídají správné odpovědi. 5 asistentů rovnou odpovědělo, že *neví* a 15 odpovědí nebylo možné považovat za správné. Tyto odpovědi se vyskytovaly buď samostatně nebo ve spojení se správnou odpovědí. Mezi ně byly nejčastěji zařazeny odpovědi, které neodpovídaly na otázku a byly fakticky špatně. Nejčastější správnou odpovědí, kterou zmínila více než polovina respondentů, byly *děti s mentálním postižením*. Druhou oproti ostatním kategoriím více zastoupenou, byla skupina odpovědí děti *sociálně slabé/znevýhodněné*. Tuto odpověď uvedlo téměř 30 % asistentů.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
d. s mentálním postižením	66	55,00 %
d. sociálně slabé/znevýhodněné	34	28,33 %
d. z rozpadlé/neúplné rodiny	18	15,00 %
d. se zdravotním postižením/onemocněním	14	11,67 %
d. z patologické rodiny	12	10,00 %
d. s nevlastním rodičem (střídání partnerů)	10	8,33 %
d. s rodičem závislým/psychotikem/ neurotikem	7	5,83 %
d. plaché/uzavřené/s nízkým sebevědomím	7	5,83 %
d. neúspěšné/ nešikovné (zklamání pro rodiče)	6	5,00 %
d. předškolního věku/mladší d.	6	5,00 %
d. s tělesným postižením	5	4,17 %
d. s autismem	5	4,17 %
d. sociálně vyloučené	5	4,17 %
d. s psychickými slabostmi	4	3,33 %
d. s výraznými znaky ženskosti	4	3,33 %
d. se zrakovým postižením	1	0,83 %
d. s ADHD	1	0,83 %
špatná odpověď	15	12,50 %
nevím	5	4,17 %

Tabulka č. C8.1 – četnost odpovědí

Bodové ohodnocení bylo v této otázce udělováno podle množství správných odpovědí. Pokud respondent uvedl podle zadání správně alespoň 2 kategorie, získal 10 bodů. Pokud asistent napsal pouze jednu správnou odpověď, při vyhodnocování mu pak bylo přiděleno 5 bodů. V případě odpovědi *nevím* nebo uvedení pouze špatné odpovědi nedostal body žádné. Bodový zisk znázorňuje tabulka č. C8.2. 6 asistentů tedy nezískalo žádné body, z čehož vycházejíc z tabulky C8.1 5 asistentů vůbec nevědělo odpověď a 1 odpověděl úplně špatně.

počet bodů	počet AP
10	79
5	35
0	6

Tabulka č. C8.2 – body

dosažený výsledek	počet AP	% AP
100 %	79	65,83 %
70 %	0	0,00 %
50 %	35	29,17 %
pod 50 %	0	0,00 %
0 %	6	5,00 %

Tabulka č. C8.3 - úspěšnost

Úspěšnost v této otázce shrnuje tabulka č. C8.3, ze které můžeme zjistit, že cca 65 % asistentů dosáhlo stoprocentní úspěšnosti a téměř 30 % padesátiprocentní.

### 5.3.3 Příznaky výskytu syndromu CAN

**Otázka C9: Mezi symptomy sexuální zneužívaného dítěte patří: (více možných odpovědí)**

První položka této oblasti měla v dotazníku podobu uzavřené výčtové otázky. Celkem bylo na výběr 8 odpovědí, ze kterých měli asistenti vybrat 6 správných: *strach, deprese, poruchy spánku, sexuální dysfunkce, zneužívání jiných, delikvence*. Špatné odpovědi, které měly zůstat nezvolené byly: *kouření v nízkém věku a obezita*. Četnost jednotlivých odpovědí shrnuje tabulka č. C9.1. Nejčastěji (více než 85 %) respondenti správně zvolili *strach, deprese a poruchy spánku*. Ze správných odpovědí s nejmenší četností asistenti zvolili: *zneužívání jiných, delikvence*. Tyto možnosti získaly kolem 50 %.

V této otázce mohli asistenti získat 10 bodů, pokud vybrali správně všechny odpovědi. Dále mohli získat 5 bodů za téměř správnou odpověď, za kterou bylo považováno zvolení 5 ze 6 správných možností. Pokud respondent v odpovědi zahrnul pouze 4 z 6

nebo méně správných odpovědí, nebo pokud zmínil některou ze špatných odpovědí, nezískal za tuto otázku žádné body. Bodové ohodnocení popisuje tabulka č. C9.2.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
strach	111	92,50 %
deprese	107	89,17 %
poruchy spánku	104	86,67 %
sexuální dysfunkce	85	70,83 %
zneužívání jiných	67	55,83 %
delikvence	62	51,67 %
kouření v nízkém věku	26	21,67 %
obezita	18	15,00 %

Tabulka č. C9.1 – četnost odpovědí

Vzhledem k bodovému hodnocení mohli asistenti v této otázce dosáhnout výsledku 100 %, 50 % nebo 0 % úspěšnosti. Naprosto správně odpovědělo pouze 12,5 % respondentů. Většina (83 asistentů) v této otázce neuspěla.

počet bodů	počet AP
10	15
5	22
0	83

Tabulka č. C9.2 – body

dosažený výsledek	počet AP	% AP
100 %	15	12,50 %
70 %	0	0,00 %
50 %	22	18,33 %
pod 50 %	0	0,00 %
0 %	83	69,17 %

Tabulka č. C9.3 - úspěšnost

**Otázka C10: Jaké znáte tělesné projevy/ukazatele pasivní i aktivní formy syndromu CAN, které můžete sami u dětí zaregistrovat? (uved'te alespoň 5)**

Otázka C10 měla podobu otevřené otázky. Respondenti měli napsat alespoň 5 tělesných projevů - identifikátorů syndromu CAN. Při vyhodnocování byly jednotlivé odpovědi kategorizovány do skupin odpovědí, které si byly nejbližší. Tabulka č. C10.1 znázorňuje četnost jednotlivých odpovědí, nebo odpovědí, které si jsou významově blízké a bylo možné je zařadit do jedné skupiny. Celkem tak bylo zaznamenáno 30 kategorií. V tabulce jsou seřazeny podle četnosti odpovědí a na konec jsou zařazeny 3 kategorie, které neodpovídají správné odpovědi. 13 asistentů rovnou odpovědělo, že *neví*, 21x se v odpovědi objevila odpověď odpovídající *psychickým projevům* a 2 odpovědi nebylo

možné považovat za správné, protože neodpovídaly na otázku, nebo byly špatně formulované a nebylo tak možné je uznat za správné. Nejčastější zmiňovanou odpovědí byly *modřiny*, které uvedlo více než 2/3 respondentů. Nad 20 % pak uvedlo: *rány/poranění obecně* a *popáleniny*. Nad 10 % odpovědi obsahovalo: *zanedbání stravy/vyhublost*, *zlomeniny*, *zanedbání ošacení*. Následovaly odpovědi s menší četností výskytu v odpovědích. Celkově však odpovědi pokryly velké spektrum tělesných projevů.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
modřiny	81	67,50 %
rány/poranění obecně	31	25,83 %
popáleniny	24	20,00 %
zanedbání stravy/vyhublost	23	19,17 %
zlomeniny	20	16,67 %
zanedbání ošacení	14	11,67 %
zanedbání celkově/zanedbaný vzhled	10	8,33 %
zanedbání hygieny	10	8,33 %
neurotické rysy a projevy/neklid	9	7,50 %
únava	9	7,50 %
přehnané reakce	9	7,50 %
bolest hlavy/poranění hlavy	8	6,67 %
vytrhané vlasy	8	6,67 %
pomočování	7	5,83 %
bolest břicha	7	5,83 %
změna postoje/pohledu	7	5,83 %
známky sebepoškozování	7	5,83 %
poruchy příjmu potravy	6	5,00 %
gynekologické poranění	5	4,17 %
zvracení	4	3,33 %
poruchy spánku	4	3,33 %
přehnané zahalování	4	3,33 %
nechutenství	3	2,50 %
zanedbaná školní příprava	3	2,50 %
krvácení	2	1,67 %
nemocnost/zanedbání lékařské péče	2	1,67 %
známky užívání návykových látek	1	0,83 %
psychické projevy	21	17,50 %
nevím	13	10,83 %
jiné špatně	2	1,67 %

Tabulka č. C10.1 – četnost odpovědí

Body byly respondentům přidělovány podle množství správných odpovědí, přičemž při maximálním naplnění zadání (tedy uvedení správných 5 tělesných příznaků) dostal asistent plný počet bodů (10). Za každý správně uvedený symptom dostal respondent 2 body, bez ohledu na současný výskyt špatné odpovědi. Pokud asistent uvedl pouze špatné odpovědi, nebo rovnou uvedl, že neví, nedostal žádné body. Bodový zisk respondentů znázorňuje tabulka č. C10.2. Bodový zisk v této odpovědi byl poměrně vyrovnaný. Nejvíce respondentů získalo 10 bodů.

počet bodů	počet AP
10	27
8	14
6	20
4	18
2	22
0	19

Tabulka č. C10.2 – body

dosažený výsledek	počet AP	% AP
100 %	27	22,50 %
70 %	14	11,67 %
50 %	20	16,67 %
pod 50 %	40	33,33 %
0 %	19	15,83 %

Tabulka č. C10.3 - úspěšnost

V této otázce obsáhly dosažené výsledky respondentů všechny kategorie úspěšnosti. 100 % úspěšnosti dosáhl asistent při zisku plných 10 bodů. Při zisku 8 bodů dosáhl asistent úspěšnosti nad 70 %. 6 bodů odpovídá úspěšnosti nad 50 % a do úspěšnosti pod 50 % spadl bodový zisk 4 a 2 bodů. Jak vyplývá z tabulky č. C10.3, třetina asistentů dosáhla úspěšnosti v kategorii pod 50 %. 100 % úspěšnosti dosáhla necelá čtvrtina a 0 % úspěšnost při bodovém zisku 0 bodů se týkala 19 respondentů.

**Otázka C11: Jaké znáte duševní projevy/ukazatele pasivní i aktivní formy syndromu CAN, které můžete sami u dětí zaregistrovat? (uved'te alespoň 5)**

Položka č. C11 měla v dotazníku podobu otevřené otázky. Zadání bylo podobné jako u otázky č. C10, akorát zde měli asistenti uvést alespoň 5 duševních projevů, identifikátorů syndromu CAN. Při vyhodnocování byly jednotlivé odpovědi kategorizovány do 30 skupin odpovědí, které si byly obsahově nejbližší. Tabulka č. C11.1 shrnuje četnost jednotlivých odpovědí. Nejčetněji asistenti zmiňovali nějakou formu *strachu*, kterou napsali do odpovědi ve více než 40 % případů. Dalšími čteně zmiňovanými kategoriemi odpovědi bylo: *úzkost, deprese, introverze/stažení se/ uzavřenost, agrese*. Všechny tyto byly zmíněny u více než 25 % respondentů. Nad 20 respondentů pak uvedlo v odpovědi: *stranění*

se kolektivu; nemluvnost; plachost/lekavost/strach z doteků; smutek/plačtivost. Další odpovědi již nebyly tak časté. Na konci tabulky jsou zařazeny odpovědi, které nebyly uznávány za správné. 12 asistentů rovnou uvedlo, že odpověď *neví*. Ve 4 odpovědích respondent uvedl nějaké *tělesné příznaky* místo duševních a 6x se v odpovědi vyskytovalo vyjádření, které pro nedostatečnou specifikaci nebo pro nesmyslnost odpovědi nemohlo být uznáno za správné.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
strach obecně (ustrašenost)/specificky (z místa, osoby)	50	41,67 %
úzkost	36	30,00 %
deprese	33	27,50 %
introverze/stažení se/uzavřenost	32	26,67 %
agrese	30	25,00 %
stranění se kolektivu	24	20,00 %
nemluvnost	23	19,17 %
plachost/lekavost/strach z doteků	23	19,17 %
smutek/plačtivost	21	17,50 %
apatie/pasivita	13	10,83 %
anomalie chování/výrazné změny chování/zvláštní projevy	13	10,83 %
nízké sebehodnocení	12	10,00 %
únava	9	7,50 %
nedůvěřivost	9	7,50 %
nesoustředěnost	8	6,67 %
nervozita/neklid	8	6,67 %
noční můry/problémy se spánkem	8	6,67 %
zhoršení prospěchu	7	5,83 %
citová labilita/přecitlivělost	7	5,83 %
poruchy chování (delikvence/záškoláctví/lhaní)	7	5,83 %
nevhodné sexuální chování/zvýšená sexualita (neúměrné věku)	5	4,17 %
stres	4	3,33 %
deprivace	3	2,50 %
šikana ostatních	3	2,50 %
nefyziologické opoždění v mentálním vývoji	3	2,50 %
panika	1	0,83 %
vada řeči (kórtavost)	1	0,83 %
nevím	12	10,00 %
jiné špatně	6	5,00 %
tělesné projevy	4	3,33 %

Tabulka č. C11.1 – četnost odpovědi



Bodové ohodnocení bylo navrženo stejně jako v předchozí otázce. Za úplné splnění zadání a úplnou správnou odpověď získal asistent 10 bodů. Pokud nevyjmenoval správně 5 projevů, ale méně, dostal za každý správně uvedený ukazatel 2 body. Pokud asistent uvedl, že neví, nebo odpověděl špatně, nedostal body žádné. Bodový zisk je popsán v tabulce č. 11.2. Největší množství asistentů (téměř 1/3) získalo plný počet bodů. 16 asistentů v této otázce vůbec neuspělo, z čehož 12 vůbec nevědělo a 4 uvedli pouze špatnou odpověď.

počet bodů	počet AP
10	36
8	27
6	21
4	13
2	7
0	16

Tabulka č. C11.2 – body

dosažený výsledek	počet AP	% AP
100 %	36	30,00 %
70 %	27	22,50 %
50 %	21	17,50 %
pod 50 %	20	16,67 %
0 %	16	13,33 %

Tabulka č. C11.3 - úspěšnost

Úspěšnost v této otázce zobrazuje tabulka č. C11.3. 100 % úspěšnosti dosáhl respondent, který získal plný počet bodů. Oproti otázce č. C10 nejvíce asistentů dosáhlo 100 % úspěšnosti. Dohromady pod 50 % a 0 % úspěšnosti dosáhlo 36 asistentů, tedy méně než třetina.

**Otázka C12: Určete platnost tvrzení: Modřiny jsou přítomny cca u 30 % fyzicky týraných dětí.**

Položka dotazníku č. C12 měla podobu uzavřené trichotomické otázky, ve které mohl respondent vybrat odpověď: *ano*, *ne* nebo *nevím*. Asistenti měli určit, zda se jedná o platné tvrzení. Správnou odpovědí bylo *ne*, protože procento fyzicky týraných dětí, u kterých jsou přítomny modřiny, je mnohem větší - až 90 % (Dunovský 1995). Správnou odpověď vybralo pouze 13 asistentů, tedy něco přes 10 %. Poměrně vysoké procento (cca 35 %) v této otázce uvedlo, že *neví*. Za pravdivé považovala toto tvrzení více než polovina respondentů. Četnost jednotlivých odpovědí shrnuje tabulka č. C12.1.

V této otázce mohli respondenti získat 10 bodů odpověděli-li správně a žádné body nezískali, pokud uvedli, že *neví*, nebo zvolili špatnou odpověď. Pouze malé množství asistentů tedy získalo v této otázce body. Bodové ohodnocení nalezneme v tabulce č. C12.2.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
ano	64	53,33 %
ne	13	10,83 %
nevím	43	35,83 %

*Tabulka č. C12.1 – četnost odpovědi*

počet bodů	počet AP
10	13
0	107

*Tabulka č. C12.2 – body*

Dosaženou úspěšnost této otázky popisuje tabulka č. C12.3. Podle bodového ohodnocení mohli asistenti v této otázce dosáhnout pouze 100 % úspěšnosti, nebo nedosáhnout žádného skóre. V této otázce tedy dosáhlo 100 % úspěšnosti pouze necelých 11 % respondentů.

dosažený výsledek	počet AP	% AP
100 %	13	10,83 %
70 %	0	0,00 %
50 %	0	0,00 %
pod 50 %	0	0,00 %
0 %	107	89,17 %

*Tabulka č. C12.3 – úspěšnosti*

#### 5.3.4 Krizová intervence při výskytu syndromu CAN

**Otázka C13: Pokud získá asistent pedagoga důvodné podezření na výskyt syndromu CAN, je povinen to oznámit? → Na koho byste se obrátil(a)?**

Otázka č. C13 byla kombinací uzavřené trichotomické a otevřené otázky. Nejprve měli asistenti určit, zda jsou vázáni oznamovací povinností v případě detekce syndromu CAN a následně v případě odpovědi *ano* zjišťovala druhá část otázky, na koho by se obrátili. Tabulka č. 13.1 znázorňuje výslednou četnost odpovědí ohledně základního trichotomického výběru. Naprostá většina asistentů odpověděla *ano*, pouze 2 asistenti nevěděli a jeden se vyjádřil záporně. 97,5 % respondentů tedy odpovědělo správně.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
ano	117	97,50 %
ne	1	0,83 %
nevím	2	1,67 %

*Tabulka č. C13.1 – četnost odpovědi (ano/ne)*

Odpovědi druhé části otázky jsou zapsány v tabulce č. C13.2. Vzhledem k tomu, že se jednalo o otevřenou otázku, mnoho asistentů napsalo více možností, popřípadě se pokusili načrtnout postup, na koho by se obrátili primárně, a na koho by se měli poté společně obrátit. Nejčteněji byl zmíněn *třídní učitel*, což lze vyhodnotit jako nejlepší odpověď, vzhledem k nutnosti úzké spolupráce pedagogických asistentů s učiteli, v jejichž třídě působí. Další téměř srovnatelně četnou odpovědí bylo *vedení školy*. Necelých 40 % získal *OSPOD* a poměrně častou odpovědí (15 %) byla *policie*. 13 asistentů uvedlo pouze samostatně *OSPOD*, 2 uvedli pouze *policii* a 7 respondentů odpovědělo pouze *OSPOD a policie*. Vzhledem k způsobu položení otázky jsou všechny tyto odpovědi správně, pokud na otázku respondent odpovídal z hlediska legislativní nutnosti, na koho se má správně právně obrátit. Pokud na otázku naopak pohlížel jako na koho se obecně má obrátit v rámci školy, či obecně, nejlepšími odpověďmi byly již zmiňované nejčastěji uváděné, popřípadě všechny ostatní v tabulce. Velmi důležitou roli hrají všichni členové školského poradenského pracoviště, kteří byli v odpovědi uvedeni také dost často. Všichni asistenti, kteří odpověděli v první části otázky *ano*, následně správně odpověděli a uvedli kompetentní osobu nebo orgán.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
třídní učitel	60	50,00 %
vedení	57	47,50 %
OSPOD	47	39,17 %
školní psycholog	24	20,00 %
policie	18	15,00 %
výchovný poradce	17	14,17 %
metodik prevence	6	5,00 %
speciální pedagog	5	4,17 %
rodina dítěte	4	3,33 %
pedagogicko-psychologická poradna	1	0,83 %
linka bezpečí	1	0,83 %

Tabulka č. C13.2 – četnost odpovědí (slovní)

Body v této otázce mohli asistenti získat při správné odpovědi *ano* a následně napsání kompetentní osoby nebo orgánu. Nakonec tak pouze 3 asistenti nezískali žádné body, zbylých 117 asistentů správnou odpovědí získalo 10 bodů. Bodový zisk zaznamenává tabulka č. C13.3.

počet bodů	počet AP
10	117
0	3

Tabulka č. C13.3 – body

dosažený výsledek	počet AP	% AP
100 %	117	97,50 %
70 %	0	0,00 %
50 %	0	0,00 %
pod 50 %	0	0,00 %
0 %	3	2,50 %

Tabulka č. C13.4 - úspěšnost

Vzhledem k jednoznačnosti odpovědi mohli asistenti v této otázce dosáhnout pouze 100 % nebo 0 % úspěšnosti. 97,5 % asistentů dosáhlo maximální úspěšnosti, jak můžeme vyčíst z tabulky č. C13.4.

**Otázka C14: Máte ve škole možnost konzultovat obavy, nejasnosti, případně podezření týkající se žáka se syndromem CAN s osobou kompetentní na danou problematiku? → S kým?**

Otázka č. C14 byla koncipována podobně jako otázka C13. První část zjišťovala, zda má asistent možnost konzultovat obavy s kompetentní osobou. Druhá část otázky směřovala na respondenty, kteří odpověděli *ano* a zjišťovala, zda vědí, kdo je tou kompetentní osobou. Jednalo se tedy o kombinaci uzavřené trichotomické a otevřené otázky. Uzavřená měla varianty: *ano*, *ne* a *nevím*. Četnost odpovědí na tuto výběrovou otázku znázorňuje tabulka č. C14.1. Přes 75 % respondentů odpovědělo, že tuto možnost ve škole má. Zarážející je však množství asistentů, kteří o takové osobě ve škole neví, nebo říkají, že tam taková osoba není. Dohromady tak čtvrtina asistentů neví, na koho se obrátit v případě nejasností, obav, nebo podezření na výskyt syndromu CAN.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
ano	91	75,83 %
ne	11	9,17 %
nevím	18	15,00 %

Tabulka č. C14.1 – četnost odpovědí (*ano/ne*)

Asistenti, kteří vědí o možnosti konzultovat nejasnosti s kompetentní osobou dále v rámci otevřené otázky odpovídali s kým. Mohli uvést jednu osobu, či více, dle vlastního uvážení. Nejčastěji respondenti zmiňovali, jak můžeme vyčíst z tabulky č. C14.2, pracovníky školského poradenského pracoviště: *školního psychologa* (40 %), *výchovného*

*poradce* (cca 29 %), *speciálního pedagoga* (cca 18 %) a *metodika prevence* (cca 18 %). Dále se v odpovědích objevovalo i *vedení školy* a *třídní učitel*. 4 asistenti zmínili v odpovědi *jinou variantu*, specializovaného pracovníka v rámci určitého projektu atp.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
školní psycholog	48	40,00 %
výchovný poradce	35	29,17 %
speciální pedagog	21	17,50 %
metodik prevence	21	17,50 %
vedení	20	16,67 %
třídní učitel	8	6,67 %
jiné	4	3,33 %

Tabulka č. C14.2 – četnost odpovědí (slovní)

Tabulka č. C14.3 zachycuje bodový zisk respondentů v této otázce. 10 bodů získali ti, kteří odpověděli, že takovou osobu ve škole mají a následně napsali koho. V každé škole totiž působí pracovníci, kteří tvoří školské poradenské pracoviště a mají hlubší znalosti krizové intervence obecně. Asistenti by měli vědět, že tam takové osoby jsou, a že se na ně mohou v případě nejasností obrátit, případně když ne na ně, tak na vedení nebo třídního učitele. Většina respondentů odpověděla správně a splnila zadání. 29 asistentů však odpovědělo buď *ne*, nebo *nevím* a nezískali tak žádné body.

počet bodů	počet AP
10	91
0	29

Tabulka č. C14.3 – body

dosažený výsledek	počet AP	% AP
100 %	91	75,83 %
70 %	0	0,00 %
50 %	0	0,00 %
pod 50 %	0	0,00 %
0 %	29	24,17 %

Tabulka č. C14.4 - úspěšnost

Dosažená úspěšnost se odvíjela od získaného počtu bodů a je znázorněna v tabulce č. C14.4. Více než 75 % respondentů v této otázce dosáhlo 100 % úspěšnosti.

#### Otázka C15: Která tvrzení platí o krizové intervenci?

Poslední položka znalostního testu měla podobu uzavřené výčtové otázky. Na výběr bylo ze 4 odpovědí, ze kterých byly 2 správně: *a) škola musí mít připravený postup v případě podezření na zneužití žáků; c) učitel/ asistent pedagoga by měl poskytnout dítěti především*

podporu a empatii. Zbylé 2 odpovědi byly špatné: b) učitel/ asistent pedagoga by měl být pro dítě terapeutem; d) asistent pedagoga by si měl pravdivost svého podezření ověřit a až poté informovat pedagoga. Tabulka č. C15.1 ukazuje, že odpověď a) zvolilo 90 % asistentů. Naopak většina správně nevybrala možnost d), tu ve své odpovědi uvedlo pouze 8 asistentů.

odpověď	četnost odpovědi	četnost odp. v %
a)	108	90,00 %
c)	88	73,33 %
d)	24	20,00 %
b)	8	6,67 %

Tabulka č. C15.1 – četnost odpovědí

Bodové ohodnocení bylo v této otázce nastaveno tak, že plný počet bodů získali respondenti, kteří správně zvolili obě odpovědi. Vzhledem ke specifčnosti odpovědi c) a možnosti argumentu, že je potřeba vedle tohoto aspektu pohotově jednat, tedy jiného vyložení odpovědi, bylo 5 bodů přiděleno v případě zvolení odpovědi a) samostatně. Pokud vedle správných odpovědí asistent zvolil i některou špatnou, nezískal žádné body. Bodový zisk asistentů v této otázce znázorňuje tabulka č. C15.2.

počet bodů	počet AP
10	60
5	25
0	35

Tabulka č. C15.2 – body

dosažený výsledek	počet AP	% AP
100 %	60	50,00 %
70 %	0	0,00 %
50 %	25	20,83 %
pod 50 %	0	0,00 %
0 %	35	29,17 %

Tabulka č. C15.3 – úspěšnost

V této otázce bylo možné dosáhnout 100 %, 50 % nebo 0 % úspěšnosti. Polovina asistentů správně zvolila obě varianty a získala tak 100 % počet bodů a dosáhla maximálního výsledku. Téměř 30 % respondentů v této otázce neuspělo.

## 5.4 Shrnutí výsledků znalostního testu v kontextu výzkumných otázek

### Výzkumná otázka č. 1 – Mají AP znalosti v oblasti teorie syndromu CAN a jeho forem?

Oblast znalostního testu pojmenovanou *Syndrom CAN a jeho formy*, která se věnovala hledání odpovědi na tuto výzkumnou otázku, tvořilo 5 otázek (C1 – C5). Za každou otázku bylo možné získat 10 bodů, tudíž celkem v této oblasti mohli respondenti dosáhnout maximálního počtu bodů 50. Úspěšnost asistentů v této oblasti shrnuje tabulka č. C1-C5.1, kde jsou sumarizovány výsledky jednotlivých otázek dané oblasti a poslední sloupec popisuje úspěšnost v celé oblasti vyhodnocením dosaženého skóre jednotlivých respondentů. Tabulka č. C1-C5.2 zobrazuje data v procentech množství asistentů, na rozdíl od tabulky č. C1-C5.1, ve které data uvádí počet pedagogických asistentů z celkového počtu 120. I přesto, že v jednotlivých otázkách respondenti dosahovali stoprocentní úspěšnosti, žádný z nich nedosáhl *stoprocentní úspěšnosti* v rámci celé oblasti. Největší množství asistentů dosáhlo *nad 50%* úspěšnost. Medián úspěšnosti všech respondentů je 60 %. V průměru pak dosáhli úspěšnosti cca 58 %. Nejnižší skóre odpovídá 16% úspěšnosti a nejvyšší 96 %.

dosažený výsledek	počet AP					
otázka	C1	C2	C3	C4	C5	C1-C5
100 %	5	45	87	67	20	0
70 %	32	0	0	0	0	39
50 %	64	52	0	4	62	46
pod 50 %	19	0	0	0	0	35
0 %	0	23	33	49	38	0

Tabulka č. C1-C5.1 – úspěšnost (počet AP)

dosažený výsledek	% AP					
otázka	C1	C2	C3	C4	C5	C1-C5
100 %	4,17 %	37,50 %	72,50 %	55,83 %	16,67 %	0,00 %
70 %	26,67 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	32,50 %
50 %	53,33 %	43,33 %	0,00 %	3,33 %	51,67 %	38,33 %
pod 50 %	15,83 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	29,17 %
0 %	0,00 %	19,17 %	27,50 %	40,83 %	31,67 %	0,00 %

Tabulka č. C1-C5.2 – úspěšnost (procenta)

**Odpověď:** Znalosti pedagogických asistentů v oblasti teorie syndromu CAN a jeho forem dosahují 60 ze 100 %. Asistenti se základně orientují v této oblasti, ale jejich znalosti nedosahují dostačujících hodnot (alespoň 70 %). Jedná se tak o oblast s druhou nejmenší úspěšností.

## Výzkumná otázka č. 2 – Orientují se AP v rizikových faktorech syndromu CAN?

Oblast znalostního testu s názvem *Rizikové faktory syndromu CAN* byla složena ze 3 otázek (C6 – C8). Za každou otázku mohl při 100 % splnění respondent získat 10 bodů a za celou oblast tak dohromady maximálně 30 bodů. Tabulka č. C6-C8.1 zachycuje úspěšnost v jednotlivých otázkách a úspěšnost jednotlivých respondentů v celé oblasti. Procentuální zastoupení asistentů v jednotlivých kategoriích úspěšnosti popisuje tabulka č. C6-C8.2. V této oblasti výsledky respondentů obsáhly všechny kategorie úspěšnosti. Největší část asistentů dosáhla úspěšnosti mezi 50 % a 70 %. Téměř čtvrtina pak dosáhla v celé oblasti 100 % úspěšnosti. Zároveň jeden asistent nezískal za celou oblast ani jeden bod a jeho výsledek tedy odpovídá 0 % úspěšnosti. Průměrný výsledek je 69,87 % a medián se od průměru svou hodnotou 66,67 % příliš nevzdaluje. Jedná se tak o druhou nejúspěšnější oblast.

dosažený výsledek	počet AP			
otázka	C6	C7	C8	C6-C8
100 %	41	114	79	27
70 %	0	0	0	13
50 %	0	0	35	70
pod 50 %	0	0	0	9
0 %	79	6	6	1

Tabulka č. C6-C8.1 – úspěšnost (počet AP)

dosažený výsledek	% AP			
otázka	C6	C7	C8	C6-C8
100 %	34,17 %	95,00 %	65,83 %	22,50 %
70 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	10,83 %
50 %	0,00 %	0,00 %	29,17 %	58,33 %
pod 50 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	7,50 %
0 %	65,83 %	5,00 %	5,00 %	0,83 %

Tabulka č. C6-C8.2 – úspěšnost (procenta)



**Odpověď:** Asistenti se orientují v rizikových faktorech syndromu CAN v průměru na necelých 70 %. Tento výsledek můžeme považovat za téměř dostačující, pokud se řídíme hranicí 70 % úspěšnosti pro stanovení dostatečnosti znalostí. Znalosti v této oblasti byly druhé hlubší v porovnání s ostatními oblastmi.

### Výzkumná otázka č. 3 – Znájí AP symptomy, které můžeme pozorovat u dítěte při výskytu syndromu CAN?

Třetí oblast znalostního testu *Příznaky výskytu syndromu CAN* se skládá ze 4 otázek (C9 – C12). V rámci celé oblasti mohl asistent získat dohromady 40 bodů. Tabulka č. C9-C12.1 zachycuje úspěšnost asistentů v této oblasti a určuje množství asistentů odpovídající určité úspěšnosti. Tabulka č. C9-C12.2 nabízí tyto údaje v procentech vzhledem k celému vzorku. Poslední sloupce tabulek zaznamenávají úspěšnost v rámci celé oblasti získané vyhodnocením dosaženého skóre jednotlivých respondentů. 100 % úspěšnosti v rámci celé oblasti dosáhl 1 asistent. Většina respondentů nedosáhla ani úspěšnosti 50 %. Průměrně v této oblasti výsledky odpovídaly 37 %. Medián úspěšností všech respondentů je v této oblasti 35 %, což je nejnižší ze všech oblastí. Maximální úspěšnost byla 100 % a 8 asistentů nezískalo žádné body a nejnižším dosaženým výsledkem pak tedy byla 0 % úspěšnost.

dosažený výsledek	počet AP				
otázka	C9	C10	C11	C12	C9-C12
100 %	15	27	36	13	1
70 %	0	14	27	0	8
50 %	22	20	21	0	29
pod 50 %	0	40	20	0	74
0 %	83	19	16	107	8

Tabulka č. C9-C12.1 – úspěšnost (počet AP)

dosažený výsledek	% AP				
otázka	C9	C10	C11	C12	C9-C12
100 %	12,50 %	22,50 %	30,00 %	10,83 %	0,83 %
70 %	0,00 %	11,67 %	22,50 %	0,00 %	6,67 %
50 %	18,33 %	16,67 %	17,50 %	0,00 %	24,17 %
pod 50 %	0,00 %	33,33 %	16,67 %	0,00 %	61,67 %
0 %	69,17 %	15,83 %	13,33 %	89,17 %	6,67 %

Tabulka č. C9-C12.2 – úspěšnost (procenta)

**Odpověď:** Pedagogičtí asistenti nemají znalosti o symptomech, které můžeme pozorovat u dítěte při výskytu syndromu CAN, protože jejich úspěšnost v této oblasti dosahovala v průměru 37 %. Znalosti této oblasti jsou nejhorší ze všech vytyčených oblastí.

**Výzkumná otázka č. 4 – Vědí AP, jak postupovat při detekci známek syndromu CAN a mají základní povědomí o krizové intervenci?**

Poslední oblastí je oblast *Krizová intervence při výskytu syndromu CAN*, která byla tvořena 3 otázkami (C13 – C15). Maximálně mohli respondenti v této oblasti získat 30 bodů. Výslednou úspěšnost jednotlivých otázek a souhrnně úspěšnost v rámci celé oblasti zachycuje v počtu asistentů tabulka č. C13-C15.1 a v procentech poměru množství asistentů tabulka č. C13-C15.2. Zatímco v jednotlivých otázkách této oblasti mohli asistenti dosáhnout pouze 100 %, 50 % nebo 0 % úspěšnosti a vždy někteří neuspěli, výsledná úspěšnost pokrývá všechny kategorie, kromě té odpovídající 0 % úspěšnosti. Více než ¼ dosáhla 100 % úspěšnosti a přes 90 % respondentů dosáhlo nad 50 % úspěšnosti celkově (v rámci všech 3 kategorií nad 50 %). Průměrná úspěšnost byla 77,92 % a medián odpovídá 83,33% úspěšnosti. Jedná se o nejúspěšnější oblast znalostního testu. Nejmenší skóre v této oblasti odpovídalo 33,33 %.

dosažený výsledek	počet AP			
	C13	C14	C15	C13-C15
100 %	117	91	60	44
70 %	0	0	0	20
50 %	0	0	25	45
pod 50 %	0	0	0	11
0 %	3	29	35	0

*Tabulka č. C13-C15.1 – úspěšnost (počet AP)*

dosažený výsledek	% AP			
	C13	C14	C15	C13-C15
100 %	97,50 %	75,83 %	50,00 %	36,67 %
70 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	16,67 %
50 %	0,00 %	0,00 %	20,83 %	37,50 %
pod 50 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	9,17 %
0 %	2,50 %	24,17 %	29,17 %	0,00 %

*Tabulka č. C13-C15.2 – úspěšnost (procenta)*

**Odpověď:** Asistenti se orientují v systému podpory na své škole a vědí, jak postupovat a na koho se obrátit v případě detekce syndromu CAN. Zároveň prokázali, že mají základní povědomí o krizové intervenci. V průměru dosahovali v této oblasti 83 % úspěšnosti a 70 % hranici pro určení dostatečnosti znalostí tak přesáhli. Znalosti v rámci této oblasti byly výrazně hlubší než v oblastech ostatních.

### Souhrn celkových dosažených výsledků

Tabulka č. C1-C15.1 a tabulka č. C1-C15.2 shrnují dosáhnutou úspěšnost asistentů v jednotlivých oblastech a poslední sloupec zachycuje úspěšnost v celém znalostním testu. Více než 2/3 respondentů dosáhly v testu úspěšnosti mezi 50 % a 70 %. Nikdo nedosáhl 100 % úspěšnosti a každý respondent získal alespoň nějaké body a dosáhl tak více než 0 % úspěšnosti. Tyto tabulky shrnují přibližné rozložení množství asistentů odpovídajícím určité hranici úspěšnosti.

dosažený výsledek	počet AP				
otázka	C1-C5	C6-C8	C9-C12	C13-C15	C1-C15
100 %	0	27	1	44	0
70 %	39	13	8	20	17
50 %	46	70	29	45	81
pod 50 %	35	9	74	11	22
0 %	0	1	8	0	0

Tabulka č. C1-C15.1 – úspěšnost (počet AP)

dosažený výsledek	% AP				
otázka	C1-C5	C6-C8	C9-C12	C13-C15	C1-C15
100 %	0,00 %	22,50 %	0,83 %	36,67 %	0,00 %
70 %	32,50 %	10,83 %	6,67 %	16,67 %	14,17 %
50 %	38,33 %	58,33 %	24,17 %	37,50 %	67,50 %
pod 50 %	29,17 %	7,50 %	61,67 %	9,17 %	18,33 %
0 %	0,00 %	0,83 %	6,67 %	0,00 %	0,00 %

Tabulka č. C1-C15.2 – úspěšnost (procenta)

Oblasti znalostního testu byly vytvořeny tak, aby odpovídaly jednotlivým výzkumným otázkám. Průměrné hodnoty a mediány jednotlivých oblastí tak dávají kvantitativní odpověď z hlediska úspěšnosti v oblasti, tedy úroveň nabytých znalostí.

Tabulka č. C1-C15.3 shrnuje nejdůležitější hodnoty vycházející z provedeného výzkumného šetření.

Při celkovém vyhodnocení znalostních testů dosahovali respondenti v průměru 58,81 % úspěšnosti. Zároveň se však našel jedinec, jehož skóre dosáhlo pouhých 24,67% úspěšnosti a na druhou stranu nejúspěšnější asistent dosáhl 89,33% úspěšnosti. Je patrné, že informovanost pedagogických asistentů o problematice syndromu CAN je velmi různorodá. V průměru jejich znalosti odpovídají necelým 60 % ze 100 %.

<b>otázka v testu</b>	<b>C1-C5</b>	<b>C6-C8</b>	<b>C9-C12</b>	<b>C13-C15</b>	<b>C1-C15</b>
<b>výzkumná otázka</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	
průměr získaných bodů	58,15 %	69,86 %	37,00 %	77,92 %	58,81 %
medián získaných bodů	60,00 %	66,67 %	35,00 %	83,33 %	58,67 %
minimum získaných bodů	16,00 %	0,00 %	0,00 %	33,33 %	24,67 %
maximum získaných bodů	96,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	89,33 %

*Tabulka č. C1-C15.3 – důležité hodnoty*

#### **Vztah mezi věkem a dobou působení asistentů a jejich dosaženými výsledky**

Po vyhodnocení výsledků jednotlivých asistentů bylo sledováno, zda existuje vztah mezi věkem nebo dobou působení asistentů v této profesi a jejich dosaženými výsledky. Při kategorizaci výsledků podle doby působení asistentů nebyl zpozorován žádný výrazný rozdíl a výsledky byly rovnoměrně rozloženy. Při stejné kategorizaci podle věku respondentů však rozdíly byly zaznamenány a jak ukazuje tabulka č. C1-15.4, s rostoucím věkem asistentů klesaly jejich dosažené výsledky. Toto zjištění může být vysvětleno menším důrazem na přípravu v této oblasti v minulých letech, a proto asistent, který získal potřebné vzdělání delší dobu zpátky, může mít slabší znalosti ohledně této problematiky.

<b>dosažený výsledek</b>	<b>počet AP</b>			
<b>věk</b>	<b>20-25 let</b>	<b>26-35 let</b>	<b>36-50 let</b>	<b>nad 50 let</b>
70%	6	7	3	1
50%	30	22	27	2
pod 50 %	6	6	6	4
celkem	42	35	36	7
průměr	60,29%	60,51%	57,33%	48,95%
medián	62,33%	60,00%	57,00%	40,67%

*Tabulka č. C1-15.4 – úspěšnost podle věku*

## Závěr

V teoretické části práce byla zpracována dvě základní témata, kterým je věnována celá práce. Celá teoretická část byla napsána v kontextu souvislosti a propojení dvou hlavních témat: problematika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a pedagogičtí asistenti.

Praktická část byla věnována kvantitativnímu výzkumnému šetření, jehož základem byly dotazníky vyplněné pedagogickými asistenty. V prvním pokusu o realizaci šetření s dotazníky v tištěné podobě zkomplikovala průběh neochota vedení škol spolupracovat a zprostředkovat kontakt s asistenty. Následně byl dotazník přepracován i do elektronické podoby, kterou již bylo možné předat asistentům bez nutnosti spolupráce vedení škol.

Položky dotazníku byly následně rozděleny do tří skupin podle jejich funkce a typu údajů, které do výzkumu přinesly. První skupinou byly identifikační otázky, které blíže charakterizovaly výzkumný vzorek. Další skupinu tvořily otázky, které byly zaměřeny na zkušenosti a subjektivní hodnocení vlastních znalostí asistentů.

Stěžejní byly otázky v dotazníku, které měly podobu znalostního testu a hledaly odpovědi na vytyčené otázky výzkumné. Pro cíl práce, kterým bylo zjistit informovanost pedagogických asistentů o problematice týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí, byla tato část nejdůležitější. Tento znalostní test měl stanovený maximální možný počet bodů, který mohli asistenti získat a výsledky byly vyhodnocovány podle procenta získaných bodů, které udává i výslednou úspěšnost. Sledované znalosti byly rozděleny do čtyř základních oblastí podle zaměření: *Syndrom CAN a jeho formy*; *Rizikové faktory syndromu CAN*; *Příznaky výskytu syndromu CAN*; *Krizová intervence při výskytu syndromu CAN*. Při vyhodnocování byla komparována úspěšnost v jednotlivých oblastech a následně i celková úspěšnost. Nejhlubší znalosti prokázali asistenti v oblasti zaměřené na krizovou intervenci, ve které dosahovali v rámci znalostního testu v průměru 83 % úspěšnosti. Naopak velmi nízké úspěšnosti (v průměru 37 %) dosahovali v oblasti věnující se příznakům a identifikátorům syndromu CAN. Velké rozdíly v úspěšnosti se objevovaly jak v porovnání jednotlivých oblastí, tak při porovnání výsledků jednotlivých respondentů. Byl nalezen vztah mezi věkem asistentů a jejich dosahovanými výsledky, které s rostoucím věkem klesají.

Výstupem práce jsou statistické hodnoty, které zachycují úspěšnost ve znalostním testu zaměřeném na problematiku syndromu CAN. Tyto hodnoty udávají míru znalostí v této problematice obecně. Zároveň jsou výsledky analyzovány podle jednotlivých oblastí, ve kterých by asistenti měli mít dostatečné znalosti. Pro určení dostatečnosti znalostí byla určena hranice 70 % dosažené úspěšnosti. Podle tohoto kritéria mají asistenti dostatečné znalosti v oblastech *Krizová intervence při výskytu syndromu CAN* (kde dosahovali nejvyšší úspěšnosti, kolem 83 %) a *Rizikové faktory syndromu CAN* (s dosahovanou téměř 70 % úspěšností). Dostatečné znalosti však neprokázali v oblastech *Syndrom CAN a jeho formy* (s průměrnou 60 % úspěšností) a *Příznaky výskytu syndromu CAN* (kde dosahovali nejnižší, v průměru 37 %, úspěšnosti).

Výsledky, které byly zjištěny mohou být do budoucna podkladem pro další empirická šetření a mohou otevřít diskusi o tématu, které je v dnešní době značně opomíjené. Vzhledem k rozložení zjišťovaných znalostí do jednotlivých oblastí je možné vycházet z výsledků při návrhu následné intervence zaměřené konkrétně na ty oblasti, ve kterých jsou znalosti nedostatečné (syndrom CAN a jeho formy, příznaky výskytu syndromu CAN). Dále může teoretická část sloužit i jako podklad pro samotné pedagogické asistenty pro zvýšení jejich informovanosti.

## Seznam použitých informačních zdrojů

1. BENDL, Stanislav. *Prevence a řešení šikany ve škole*. Praha: ISV, 2003. Pedagogika (ISV). ISBN 80-866-4208-9.
2. BENDOŮVÁ, Petra. *"Vybrané kapitoly z psychopedie a etopedie nejen pro speciální pedagogy"*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-423-6.
3. DUNOVSKÝ, Jiří, Zdeněk DYTRYCH a Zdeněk MATĚJČEK. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-716-9192-5.
4. ELLIOTT, Michele. *Jak ochránit své dítě*. Praha: Portál, 1995. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-717-8034-0.
5. HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, Kamil PROVAZNÍK, Jana SPILKOVÁ a Eva VANÍČKOVÁ. *Sexuální násilí na dětech: výskyt, podoby, diagnostika, terapie, prevence*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-286-6.
6. HANUŠOVÁ, Jaroslava. *Sexuální zneužívání*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-869-9164-4.
7. JANKOVÁ, Jana a Dagmar MORAVCOVÁ. *Asistent pedagoga a dítě se zrakovým postižením*. Praha: Pasparta, 2017. ISBN 978-80-88163-61-9.
8. KYRIACOU, Chris. *Řešení výchovných problémů ve škole*. Praha: Portál, 2005. Pedagogická praxe (Portál). ISBN 80-717-8945-3.
9. LAZAROVÁ, Bohumíra. *Netradiční role učitele: o situacích pomoci, krize a poradenství ve školní praxi*. Brno, 2005. ISBN 80-731-5115-4.
10. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ Roční výkaz o výkonu sociálně-právní ochrany dětí za rok 2009. MPSV 2010. Dostupné na <http://www.mpsv.cz/cs/7260>.
11. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČR, 2014. Statistické ročenky školství, výkonové ukazatele. [online, cit. 2017-09-20] Dostupné z: <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>
12. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČR, 2018. Principy normativního rozpisu rozpočtu přímých výdajů RgŠ územních samosprávných celků na rok 2018, č. j. MSMT-34213/2017. [online, cit. 2017-09-20] Dostupné z: [http://www.msmt.cz/uploads/odbor\\_12/34213\\_17/Rozpis\\_2018.doc](http://www.msmt.cz/uploads/odbor_12/34213_17/Rozpis_2018.doc)

13. Nařízení vlády č. 75/2005 Sb., *o stanovení rozsahu přímé vyučovací, přímé výchovné, přímé speciálně pedagogické a přímé pedagogicko-psychologické činnosti pedagogických pracovníků* ve znění nařízení vlády 273/2009 Sb.
14. NĚMEC, Zbyněk. *Asistence ve vzdělávání žáků se sociálním znevýhodněním*. Praha: Nová škola, 2014a. ISBN 978-80-903631-9-9.
15. NĚMEC, Zbyněk, Klára ŠIMÁČKOVÁ-LAURENČÍKOVÁ a Vanda HÁJKOVÁ. *Asistent pedagoga v inkluzivní škole*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2014b. ISBN 978-80-7290-712-0.
16. *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím: zdravotně výchovná publikace*. Praha: Informační centrum Ústředního stacionáře Sdružení zdravotně postižených v ČR, 2002.
17. PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5695-0.
18. *Portál pro školní asistenty a asistenty pedagogů* [online]. Středočeský kraj: Nová škola, 2013 [cit. 2018-03-27]. Dostupné z: <http://www.asistentpedagoga.cz/>
19. PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.
20. SLANÝ, Jaroslav. *Syndrom CAN: (syndrom týraného dítěte)*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-474-7.
21. SVOBODA, Jan a Leona NĚMCOVÁ. *Krizové situace výchovy a výuky*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-935-8.
22. TEPLÁ, Marta. *Asistent pedagoga: jak efektivně zavést pozici asistenta pedagoga ve školách*. Praha: Verlag Dashöfer, 2015. ISBN 978-80-87963-15-9.
23. UZLOVÁ, Iva. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním: praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-764-0.
24. VALENTOVÁ, Lidmila. *Školní poradenství I: revue littéraire mensuelle*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2013a. ISBN 978-80-7290-710-6.
25. VALENTOVÁ, Lidmila. *Školní poradenství II*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2013b. ISBN 978-80-7290-629-1.



26. VANÍČKOVÁ, Eva, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Hana PROVAZNÍKOVÁ. *Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Dot. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-718-4008-4.
27. VANÍČKOVÁ, Eva. *Sociální zdraví dětí a škola: metodická příručka pro učitele a studenty učitelského studia : (projekt MŠMT K025/02-51 Kurikulum vzdělávacího programu pro pregraduální vysokoškolské studium "Sociálně patologické chování dětí- ochrana, prevence a podpora sociálního zdraví")*. V Praze: MŠMT-Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2002. ISBN 80-239-0164-8.
28. VANÍČKOVÁ, Eva. *Tělesné tresty dětí: definice, popis, následky*. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0814-0.
29. VELIKOVSKÁ, Martina. *Psychologie obětí trestných činů: proces viktimizace, status oběti a jeho význam, prevence a vyrovnávání se s viktimizací, reálné případy z policejní praxe*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4849-8.
30. Vyhláška č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních
31. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných
32. Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků
33. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákon
34. Zákon č. 56/2017 Sb., o obětech trestných činů
35. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších novelizací
36. Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících ve znění zákona č. 198/2012

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Nevyplněný dotazník